

JUIN
2018

SÉCURITÉ SOCIALE



Rapport à la Commission des comptes
de la Sécurité sociale

RÉSULTATS 2017 PRÉVISIONS 2018



LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2017
PRÉVISIONS 2018**

**RAPPORT
juin 2018**

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

le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale

Christian CHARPY

Pour la direction de la Sécurité sociale

Blanche BASILIEN	Karine ISHII
Vincent BOULEN	Gaëlle JAMET
Youssef BOURHIM	Mathieu JARDIN
Céline CHAROZÉ	Thomas LABRUNE
Julien CHAUVEL	Clément LACON
Fanny CHAUVIRÉ	Killian LEMOINE
Valère CORMIER	Alain MACÉ
Grégoire DE LAGASNERIE	David POTREL
Fabien DELMAS	Pierre PRADY
Valérie DIXON	Gaëlle PRIoux
Akram EL SAADANY	Baptiste ROYER
Laetitia EVRARD	Léa RIVOT
Alexis GRAVEL	Fanny TRAVER
Mathis HARADJI	Nicolas VANNI
Anne-Claire HOREL	Damien VERGÉ
David HOYRUP	Augustin VICARD

Pour la mission comptable permanente

Marc SCHOLLER et Marie DESPLANQUES

Pour l'ACOSS

Benjamin COLLIN, Christophe MORNET et Yoann BARTHE

Progiciel de génération du rapport

Laurent GAILLARD

Organisation : Monique HAENEL et Céline MARTIN.

Le rapport n'est rendu possible que par la qualité de la collaboration apportée par l'ensemble des régimes de Sécurité sociale et des fonds dont les comptes sont présentés. Il a bénéficié d'importants échanges avec les directions du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'action et des comptes publics ainsi qu'avec les services et les agents comptables des caisses nationales de sécurité sociale et du FSV.

Table des matières

Les Comptes de la Sécurité Sociale 2017 - 2018

SYNTHESE	9
1. LES RECETTES	33
1.1 Vue d'ensemble des recettes	34
1.2 Les cotisations	38
1.3 Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi	44
1.4 La CSG	48
1.5 Les prélèvements sur les salaires du secteur privé	50
1.6 Les prélèvements sur les autres revenus d'activité	54
1.7 Les créances sur les entreprises	58
1.8 Les autres contributions, impôts et taxes	60
1.9 Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital	66
2. LES DEPENSES	71
2.1 Vue d'ensemble des dépenses	72
2.2 L'ONDAM en 2017 et 2018	76
2.3 La consommation de soins de ville	82
2.4 De l'ONDAM aux comptes du régime général	88
2.5 Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM	90
2.6 Les prestations de retraite des régimes alignés	94
2.7 Les prestations familiales	100
3. ECLAIRAGES	105
3.1 Bilan financier du pacte de responsabilité	106
3.2 Les effets de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)	108
3.3 Evolution récente des taux de prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des artisans et commerçants	112
3.4 La fiscalité des boissons alcoolisées affectée à la sécurité sociale	118
3.5 Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé	122
3.6 Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017	126
3.7 Les soins de ville dans l'ONDAM entre 2010 et 2017	130
4. LES COMPTES DU REGIME GENERAL, DU FSV ET DE LA CNSA	137
4.1 Les comptes du régime général et du FSV	138
4.2 Les comptes de la branche maladie	144
4.3 Les comptes de la branche AT-MP	150
4.4 Les comptes de la branche vieillesse	154
4.5 Les comptes de la branche famille	158
4.6 Les comptes du FSV	162
4.7 Les comptes de la CNSA	166
4.8 Le Régime social des indépendants (RSI)	170
5. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES	173
5.1 La contribution du régime général au besoin de financement des ASSO	174
5.2 Les charges et produits financiers de l'ACOSS	178
5.3 Du résultat comptable à la variation de trésorerie	182
5.4 Vue d'ensemble des transferts	184

5.5 Les comptes de la CADES.....	186
5.6 Les comptes du FRR.....	190
6. ANNEXES	193

SYNTHESE

Les prévisions macro-économiques

Depuis la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017, la situation économique de la France s'est sensiblement améliorée, avec une accélération de la croissance qui n'avait pas été anticipée. Ainsi, alors que la croissance du PIB en 2017 était prévue à 1,5% par la LFI pour 2017, prévision maintenue par le programme de stabilité d'avril 2017, elle a été ré-estimée à 1,7% par la LFI pour 2018, puis à 2% par le programme de stabilité d'avril 2018, pour être arrêtée à 2,2% par l'Insee en mai 2018. La prévision de masse salariale pour 2017 a été également revue à la hausse : initialement fixée à 2,7% en PLFSS pour 2017, l'évolution prévue a été relevée à 3,3% dans le PLFSS pour 2018. Elle s'établirait en fait à 3,5%.

En conséquence, les hypothèses macro-économiques sur lesquelles ont été bâties les lois financières pour 2018 ont été revues par le programme de stabilité d'avril 2018. Ainsi, alors que la prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018, tout comme à la loi de programmation 2018-2022, avait été fixée à 1,7%, celle de la masse salariale à 3,1% et d'inflation à 1,0%, le Gouvernement a porté à 2,0% sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0% à 1,1%) et de masse salariale du secteur privé attendue désormais en hausse de 3,9% au lieu de 3,1%. La croissance du PIB prévue pour 2018 serait ainsi en léger retrait par rapport au résultat de 2017 rendu public par l'Insee postérieurement à la présentation du programme de stabilité.

Ces prévisions servent de base à l'élaboration du compte tendancier de la sécurité sociale en 2018 présenté dans ce rapport.

Tableau 1 • principales hypothèses macro-économiques (2015-2018)

	2015	2016	2017	2018(p)
Produit intérieur brut (PIB)				
Volume	1,1%	1,2%	1,8%	2,0%
Valeur	2,3%	1,9%	2,8%	3,1%
Masse salariale				
Secteur privé champ URSSAF	1,7%	2,4%	3,5%	3,9%
Emploi	0,1%	1,0%	1,5%	1,5%
Salaire moyen	1,6%	1,4%	2,0%	2,4%
Plafond de la sécurité sociale				
Montant annuel en euros	38 040	38 616	39 228	39 732
Variation en %	1,3%	1,5%	1,6%	1,3%
Hausse des prix et taux de revalorisation				
Prix hors tabac	0,0%	0,2%	1,0%	1,1%
Revalorisation de la BMAF en moyenne annuelle	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%
Revalorisation des pensions en moyenne annuelle *	0,0%	0,1%	0,2%	0,6%

Source : Programme de stabilité, avril 2018

(*) depuis 2014, la revalorisation des pensions était faite au 1^{er} octobre. A partir de 2018, elle est décalée au 1^{er} janvier (elle aura lieu au 1^{er} janvier 2019).

Dans son avis du 13 avril 2018 relatif aux prévisions macroéconomiques associées au programme de stabilité, le Haut Conseil des finances publiques a estimé que la prévision de croissance du Gouvernement était réaliste et que, malgré les incertitudes qui les entourent, les écarts de production estimés par le gouvernement pour 2018 et 2019 sont acceptables. De même le Haut Conseil a considéré comme plausibles les prévisions d'emploi et de masse salariale du programme de stabilité.

Les dernières indications conjoncturelles disponibles, et notamment la révision à la baisse de la croissance du premier trimestre 2018 font cependant état d'un certain tassement de l'activité qui peut

rendre plus incertaine la réalisation de la prévision de croissance, avec des conséquences possibles sur le solde de la sécurité sociale compte tenu de sa sensibilité à la croissance comme à l'inflation.

Tableau 2 • sensibilité des résultats aux hypothèses de prévision

En millions d'euros

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAV	CNAF	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	1 160	130	710	290	2 290
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 870	80			1 950
Inflation : impact (en année pleine) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation des prestations retraite et famille			1 210	280	1 490

Source : DSS/SDEPF/6A.

Le déficit du régime général et du FSV en baisse de 2,7 Md€ en 2017

Le déficit consolidé du régime général et du FSV s'est établi à 5,1 Md€ en 2017 contre 7,8 Md€ en 2016 et 10,8 Md€ en 2015. Il est dégradé par rapport à la prévision de la LFSS pour 2017 (-4,2 Md€) mais proche de celle de la LFSS pour 2018 (-5,2 Md€).

Tableau 3 • soldes par branches du régime général et du FSV de 2012 à 2018

en milliards d'euros

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018(p)
Maladie	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-4,9	-0,5
Accidents du travail	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1	0,8
Retraite	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	0,9	1,8	1,3
Famille	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-1,0	-0,2	0,8
Régime général	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8	-4,1	-2,2	2,5
FSV	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9	-3,6	-2,9	-2,8
Vieillesse y compris FSV	-8,9	-6,0	-4,6	-4,2	-2,8	-1,1	-1,4
Régime général + FSV	-17,5	-15,4	-13,2	-10,8	-7,8	-5,1	-0,3

Des écarts par rapport à l'objectif de la LFSS pour 2017 et à la dernière prévision

Le déficit consolidé du régime général et du FSV est supérieur de 0,9 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2017. Cet écart résulte de recettes moins importantes que prévu pour les cotisations et la CSG activité (-0,8 Md€) et les recettes d'impôts, taxes et contributions sociales (-1,2 Md€), partiellement compensées par des prélèvements sur les revenus du capital et des produits financiers nets plus élevés.

L'écart par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018 est plus faible (déficit réduit de 0,1 Md€) mais cache des mouvements d'ampleur de sens contraires : les recettes assises sur les revenus d'activité et du capital ainsi que sur les impôts, taxes et contribution sociales autres que la TVA sont supérieures de 1,3 Md€ à la prévision, témoignant pour l'essentiel d'une croissance économique et de la masse salariale bien meilleure que prévu. Ce surcroît de recettes a cependant été quasiment compensé par la perte de 1,2 Md€ de recettes de TVA (cf. encadré) et des dépenses de prestations légales et d'action sociale en faveur des familles supérieures de 0,4 Md€ aux prévisions (dont 0,2 Md€ résultant de la double comptabilisation à tort de dépenses hospitalières de Mayotte).

Les conséquences des changements d'affectation de TVA en 2018 sur les comptes 2017

Dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs (hausse du taux de CSG sur l'ensemble des revenus contre une baisse des prélèvements sociaux, principalement au titre de la maladie et du chômage, sur les revenus du travail), la loi de finances pour 2018 a largement modifié les clés d'affectation de la TVA. Ainsi à compter du 1^{er} janvier 2018, la fraction de TVA affectée à la CNAM est passée de 7,03% à 0,34%. Dans le cadre de la mission, confiée pour l'année 2018 à l'Acos, de compensation à l'Unédic de l'exonération de la cotisation salariale chômage, l'Acos s'est vu affecter 5,59% de TVA.

Cette modification de taux s'applique à la TVA collectée par les services fiscaux à compter du 1^{er} janvier 2018. Or la TVA collectée en janvier correspond à la période d'affaires de décembre 2017 et conformément au principe des droits constatés, ces sommes sont rattachées aux comptes 2017 de la sécurité sociale (sous la forme d'un produit à recevoir).

S'agissant de la branche maladie, l'effet de cette baisse des recettes de TVA sur les comptes 2017 (en raison du décalage d'un mois entre la période de collecte / reversement et le fait générateur comptable) représente de l'ordre de 1,2 Md€.

L'Acos a de son côté enregistré en 2017 un produit à recevoir correspondant aux sommes encaissées en janvier 2018 et rattachées à 2017. Toutefois, dans un second temps cette écriture a fait l'objet d'une neutralisation dans le compte de résultat de la branche recouvrement (sous la forme de la comptabilisation d'un « produit constaté d'avance ») : en effet, l'obligation de compensation par l'Acos à l'Unédic ne naît qu'à compter de la perte de recettes pour l'assurance chômage qui n'intervient qu'en 2018 en droits constatés. Ce n'est donc que dans les comptes 2018 que ces produits constatés d'avance fin 2017 seront constitués en vrais produits de l'Acos équilibrant les charges qui seront parallèlement enregistrées au titre de la compensation à l'Unédic.

Régime général : un déficit en recul de 2,0 Md€ par rapport à 2016

Le déficit du régime général s'établit à 2,2 Md€ en 2017, en amélioration de 1,9 Md€ par rapport au déficit constaté en 2016. Cette amélioration doit cependant pour partie au transfert à la CNAM des réserves de la section III du FSV à hauteur de 0,9 Md€ dans le cadre de la création de fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (cf. rapport de la CCSS de juillet 2017). Ce résultat est dégradé par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018 qui estimait le déficit à 1,6 Md€. Comme en 2016, deux branches restent en déficit, mais trois voient leur situation s'améliorer.

Le solde de la branche maladie, toujours en déficit, ne s'améliore pas entre 2016 et 2017 : au contraire il se dégrade de 0,1 Md€ et se situe 0,8 Md€ en-dessous de la prévision de la LFSS pour 2018 et 2,3 Md€ au-dessous de l'objectif fixé initialement en LFSS pour 2017. Si une partie de ces écarts à la prévision tiennent à l'impact du changement d'affectation de TVA et à la double comptabilisation des dépenses hospitalière de Mayotte, ils ne suffisent à l'expliquer.

La branche famille est en déficit réduit à 0,2 Md€, mais il est en dégradation par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018 et à celle de la LFSS pour 2017. Néanmoins la branche est désormais proche de l'équilibre qu'elle n'a pas atteint depuis 2007.

Les branches AT-MP et CNAV, avec un excédent de 1,1 Md€ pour la branche AT-MP et 1,8 Md€ pour la CNAV, voient leur situation s'améliorer tant par rapport à 2016 que par rapport aux objectifs initiaux et rectifiés des LFSS pour 2017 et 2018.

Fonds de solidarité vieillesse : un déficit qui se réduit mais reste élevé

Le déficit du FSV s'est établi à 2,9 Md€, à un niveau qui reste élevé mais en amélioration de 0,7 Md€ par rapport à 2016 et à la prévision de la LFSS pour 2017 (-3,8 Md€) et de la LFSS pour 2018 (-3,6 Md€). Le solde cumulé de la branche vieillesse et du FSV s'améliore pour atteindre -1,1 Md€ en 2017 contre -2,8 Md€ l'année précédente.

Les autres régimes de base en 2017

Le solde des autres régimes de base de sécurité sociale s'effrite légèrement en 2017. Ainsi, l'excédent des régimes des indépendants se réduit à 0,2 Md€ sous l'effet d'une détérioration du solde de la CNAVPL (0,3 Md€ contre 0,6 Md€ en 2016). Le régime des exploitants agricoles reste en déficit stable à 0,2 Md€ et les autres régimes de salariés affichent un excédent global de 0,1 Md€, en légère dégradation par rapport à 2016.

Au total, le déficit de l'ensemble des régimes de base, y compris le régime général, s'établit à 1,9 Md€ en 2017, en amélioration de 1,5 Md€ par rapport à 2016.

Tableau 4 • soldes des régimes de base de 2015 à 2017 (en Md€)

	2015	2016	2017*
Régime général	-6,8	-4,1	-2,2
CNAM	-5,8	-4,8	-4,9
CNAM-AT	0,7	0,8	1,1
CNAV	-0,3	0,9	1,8
CNAF	-1,5	-1,0	-0,2
Régimes des indépendants	0,2	0,5	0,2
RSI	0,0	0,0	0,0
MSA - Exploitants agricoles	-0,3	-0,2	-0,2
CNAVPL	0,4	0,6	0,3
CNBF	0,1	0,1	0,1
Autres régimes de salariés	0,2	0,2	0,1
MSA - Salariés agricoles	0,0	0,0	0,0
CANSSM (Mines)	-0,1	0,0	0,0
ENIM (Marins)	0,0	0,0	0,0
CNMSS (Militaires)	0,0	0,0	0,0
CRPCEN	0,0	0,0	0,1
CNRACL	0,3	0,3	0,0
Autres régimes spéciaux *	0,1	0,0	-0,1
Ensemble des régimes de base	-6,3	-3,4	-1,9

(*) Le solde des régimes spéciaux 2017 est à ce stade provisoire dans l'attente des remontées comptables qui ne font pas l'objet d'un TCDC.

Le déficit du régime général et du FSV se réduirait fortement en 2018

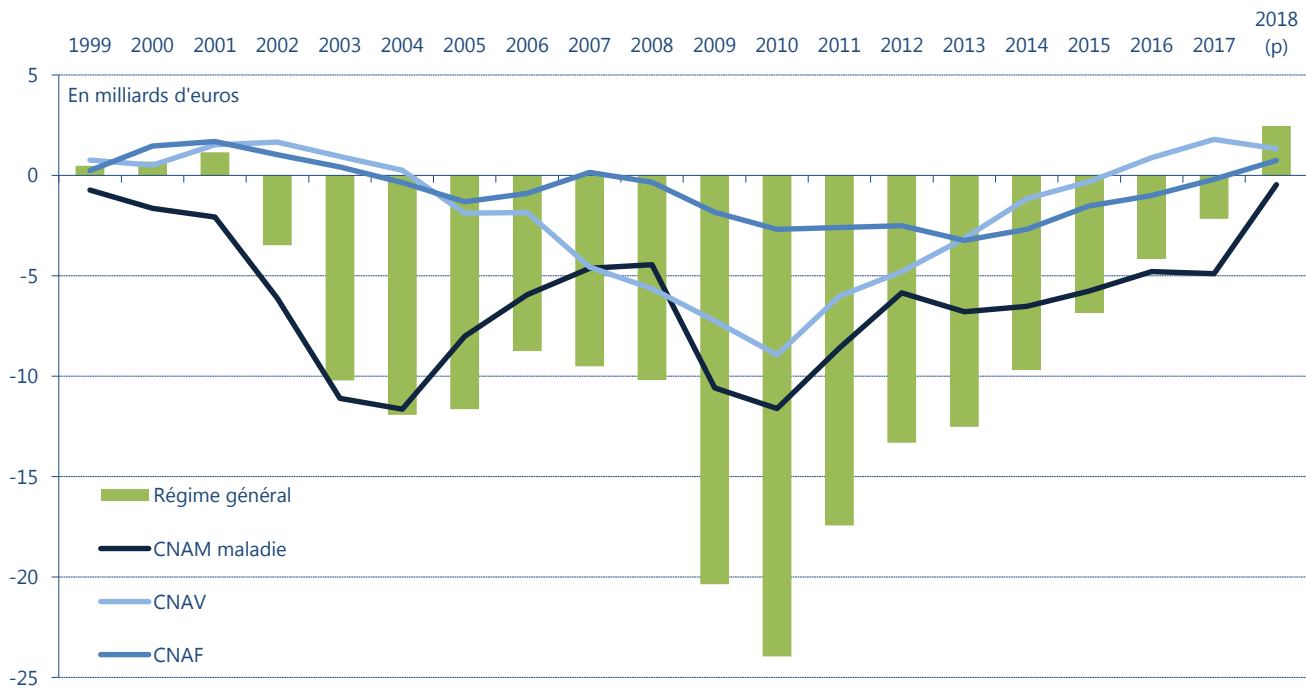
Le compte tendanciel 2018 est établi sur la base des hypothèses macro-économiques communes au PLF et PLFSS, modifiées par le programme de stabilité notifié à la Commission européenne en avril 2018.

Selon ces prévisions, le solde du régime général et du FSV serait en nette amélioration, de 4,8 Md€, pour être quasiment à l'équilibre (-0,3 Md€). Il convient cependant de noter que ce résultat est entaché d'une incertitude à hauteur de 0,6 Md€. En effet, il prévoit une compensation par l'État du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) créé en LFSS 2017 au bénéfice des employeurs de l'économie sociale qui ne bénéficient pas du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE). Or même si elle était prévue initialement, cette compensation pour 2017 a été supprimée par une disposition de la LFSS pour 2018. Même si cette compensation reste de droit en 2018, il apparaît peu probable qu'elle soit effectivement versée, d'autant que le CITS, tout comme le CICE, est supprimé en 2019 et remplacé par un allègement supplémentaire de cotisations sociales. Dans l'hypothèse où cette compensation n'était pas versée, le déficit cumulé du RG et du FSV s'établirait à 0,9 Md€, mais resterait en forte baisse par rapport à 2017.

Le solde 2018 s'améliorerait de 1,9 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018. L'écart entre la prévision de la LFSS pour 2018 (-2,2 Md€) et celle présentée aujourd'hui (-0,3 Md€) résulte de différents éléments :

- les recettes sont désormais attendues 2,8 Md€ au-dessus de la prévision initiale. Cela résulte, d'une part, d'un effet de base favorable et d'une croissance de la masse salariale revue sensiblement à la hausse, et d'autre part de recettes tirées des prélèvements sur les revenus du capital et des impôts taxes et contributions sociales supérieures aux prévisions initiales ;
- ces recettes supplémentaires seraient partiellement compensées par des dépenses de prestations sociales supérieures de 0,7 Md€ à la prévision de la LFSS et par l'impact de la suppression de la cotisation des étudiants, décision intervenue postérieurement au vote de la LFSS pour 2018.

Graphique 1 • évolution des soldes du régime général de sécurité sociale de 1999 à 2018



Le régime général serait en excédent de 2,5 Md€

En 2018, le solde du régime général atteindrait 2,5 Md€, en amélioration de 4,7 Md€ par rapport à 2017. La baisse du déficit résulterait d'une progression nettement plus élevée de ses produits (+3,4%) que de ses charges (+2,2%). Les charges nettes du régime général et du FSV croîtraient de 2,3%. Les prestations du champ de l'ONDAM expliqueraient la moitié de la croissance (1,1 point) ; les prestations vieillesse seraient plus dynamiques qu'en 2017 (+2,9%) en raison de la fin de montée en charge du décalage de l'âge légal de la retraite, couplée à une revalorisation en moyenne annuelle (+0,6%) plus élevée ; enfin, les prestations familiales, revalorisées de 0,8% en moyenne annuelle, progresseraient à nouveau légèrement en 2018 (+0,3%).

Les produits nets du régime général et du FSV augmenteraient de 3,5% par rapport à 2017, tirés par une progression attendue de la masse salariale du secteur privé de 3,9%. La dynamique serait cependant différente entre les cotisations qui ralentiraient fortement (+0,2%) sous l'effet de la suppression des cotisations salariales maladie, et les produits de CSG qui bondiraient en revanche de près de 28%, à la suite de l'augmentation de 1,7 point du taux de CSG.

L'amélioration du solde du régime général proviendrait principalement de la branche maladie qui serait enfin proche de l'équilibre (-0,5 Md€), après un déficit de 4,9 Md€ en 2017. Elle retrouverait ainsi un niveau de solde comparable à 1999. La forte amélioration prévue du solde de la branche maladie doit pour partie au contrecoup favorable de la baisse de TVA affectée en 2017. La branche famille, qui est prévue en excédent (0,8 Md€), serait en amélioration de 1 Md€ par rapport à 2017. En revanche, tout en restant excédentaires, les branches vieillesse et AT-MP verraient leur excédent se réduire légèrement.

Tableau 5 • évolution des produits nets et charges nettes du régime général de 2012 à 2018

	2012	2013	2014	2015	2016*	2017**	2018(p)***
Charges nettes	2,9%	2,7%	2,2%	1,0%	0,1%	2,5%	2,2%
Produits nets	4,4%	3,1%	3,2%	1,9%	0,9%	3,0%	3,5%
Ecart	1,5%	0,4%	1,0%	0,9%	0,8%	0,6%	1,2%

(*) Evolution 2016 champ certifié

(**) Evolution 2017 par rapport à 2016 champ PUMA

(***) Evolution prévisionnelle 2018 par rapport au 2017 pro forma

Le déficit du FSV se réduirait légèrement

En 2018, le déficit du FSV se réduirait légèrement, pour atteindre 2,8 Md€. Le solde cumulé de la branche vieillesse et du FSV se dégraderait légèrement à 1,4 Md€.

Les recettes du régime général en 2017 et 2018

Des recettes en forte croissance en 2017

En 2017, Les ressources affectées au régime général et au FSV se sont élevées à 376,6 Md€, en progression de 3,2% par rapport à 2016. La dynamique spontanée des recettes, tirée par la forte croissance de la masse salariale, a été le principal déterminant de la croissance des recettes, les mesures nouvelles n'y ayant que peu contribué. Pour compenser l'impact de l'effet année pleine de la baisse des cotisations famille et le transfert de la charge des ESAT, des ressources nouvelles ont été attribuées au régime général, notamment par la compensation d'exonérations jusque-là non compensées et par le transfert des sommes mises en réserve à la section III du FSV.

Les cotisations sociales perçues par le régime général se sont élevées à 212,8 Md€ en 2017, en hausse de 3,6%, soit un rythme comparable à celui de la masse salariale (3,5%) en dépit de la baisse de la cotisation famille.

Les recettes nettes de CSG s'élèvent à 91,1 Md€ en 2017, pour le régime général et le FSV, en progression faible de 2,0% du fait du contrecoup de la recette exceptionnelle de 2016.

La structure de ces recettes est stable en 2017 : les cotisations constituent la part la plus importante : elles représentaient 56% de l'ensemble des produits reçus par le régime général et le FSV ; la part de la CSG s'établit à 24% et celle des impôts, taxes et autres contributions sociales hors CSG à 16%.

Une profonde transformation en cours du financement des régimes de sécurité sociale

La structure et l'évolution des recettes de la sécurité sociale ont été profondément affectées par les lois financières de 2018 (LFI et LFSS). Leurs conséquences se feront sentir sur 2018 et sur 2019.

En premier lieu, la LFSS pour 2018 a accru de 1,7 point le taux de la CSG sur l'ensemble des assiettes à compter du 1^{er} janvier 2018. En contrepartie, différentes mesures ont été prises : suppression des cotisations salariales maladie, suppression en deux temps des cotisations salariales chômage (1^{er} janvier et 1^{er} octobre), suppression de la contribution exceptionnel de solidarité acquittée par les fonctionnaires et salariés ne relevant pas de l'Unédic, quasi suppression des cotisations famille et baisse des cotisations maladie et maternité pour les travailleurs non-salariés, versement d'une prime compensatrice pour les fonctionnaires et salariés relevant des régimes spéciaux d'entreprise.

Les salariés du secteur privé sont bénéficiaires nets de ces mesures dès 2018 (à hauteur de 3,3 Md€) ; la situation des fonctionnaires et des salariés du secteur public comme des travailleurs non-salariés est globalement inchangée ; en revanche les retraités sont contributeurs nets à hauteur de 4,3 Md€, de même que les détenteurs des revenus du capital et des jeux (2,1 Md€).

En second lieu, les lois financières ont réorganisé les attributions de recettes entre l'État, les régimes de base et l'Unédic. En effet, ces mesures, dont l'effet financier global doit se neutraliser en année pleine, ont conduit à un accroissement global des prélèvements de 3,3 Md€ sur l'année 2018, du fait de la suppression en 2 temps de la cotisation salariale chômage mais avec des impacts très différents selon les organismes. Différentes mesures ont été prises de manière à réduire ou neutraliser l'impact de ces changements sur les recettes et les soldes des branches de la sécurité sociale et l'Unédic. Ainsi, l'ACOSS s'est vu attribuer 5,59 points de TVA autrefois affectée à la CNAM afin d'assurer la compensation à l'Unédic de la perte des cotisations salariales chômage ; parallèlement les affectations de plusieurs recettes entre branches ont été modifiées. Au total, ces mesures se traduisent par un gain de 0,3 Md€ pour les régimes de base et le FSV, compensant la disparition de recettes non pérennes de compensation de 2017, par un gain de 3,1 Md€ pour l'État et par une perte de 0,1 Md€ pour les grandes entreprises avec un régime spécial (du fait du versement de la prime compensant la hausse de la CSG).

Les lois financières pour 2018 ont également pris des mesures qui impacteront l'évolution et la structure des recettes de la sécurité sociale en 2019. Ainsi le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et le crédit d'impôt taxe sur les salaires (CITS) sont supprimés dès 2018 et seront remplacés, en 2019 par un

renforcement et une extension des allègements généraux de cotisations sociales patronales. Il en résultera, pour l'État, une hausse des recettes tirées l'impôt sur les sociétés et pour la sécurité sociale une hausse des revenus tirés de la taxe sur les salaires. En revanche les recettes des régimes de base de sécurité sociale tirées des cotisations sociales devraient être réduites de près de 25 Md€; de même les recettes des régimes conventionnels de retraite complémentaire et de chômage seront affectées par l'extension à leur champ des allègements généraux. Les lois financières pour 2019 devront déterminer l'ampleur et organiser les modalités de la compensation du coût de la transformation du CICE et du CITS en allègement de cotisations sociales pour les organismes de base de sécurité sociale et les organismes conventionnels de retraite complémentaire et d'assurance chômage.

Des recettes également en progression en 2018

En 2018, les ressources affectées au régime général et au FSV s'élèveraient à 395,0 Md€, après prise en compte des recettes liées au RSI désormais intégré au RG. Elles seraient, à périmètre comparable, en progression de 3,5% par rapport à 2017.

En raison des changements décrits supra, la dynamique des différentes recettes du régime général et du FSV seraient très contrastée. Ainsi, la progression des cotisations sociales serait limitée à 0,2% en raison de la suppression des cotisations salariale maladie. Les recettes fiscales baisseraient de 19,5 % du fait de la réduction de la part de TVA affectée à la branche maladie. Enfin, les recettes de CSG bondiraient de 27,6% à la suite de la majoration de 1,7 point du taux de CSG.

La structure des recettes du régime général et du FSV, incorporant désormais le RSI, serait ainsi modifiée : la part des cotisations baisserait de 2 points pour atteindre 55%, celle de la CSG atteindrait 29,4% contre 23,9% précédemment et celle des impôts taxes et contributions sociales passerait de 15,9% à 12,4%.

Les dépenses en 2017 et 2018

Comme en 2016 avec la création de la PUMA, les charges du régime général et du FSV sont affectées en 2018 par des mesures de périmètre du fait de l'intégration du RSI au sein du régime général, qui affecte les dépenses de la CNAV et de la CNAM.

Celle-ci conduit à présenter pour 2016 un état financier élargi (2016 PUMA), agréant notamment l'essentiel des prestations de droit commun des autres régimes maladie (ainsi que les produits les finançant) et en 2017 un état financier *pro forma*, intégrant les charges de prestations santé et vieillesse du RSI déduction faite des charges déjà supportée par la CNAV et la CNAM dans le cadre de l'intégration financière du régime.

Quand on les compare à périmètre comptable constant, les prestations sociales, qui représentent plus de 90% des dépenses du régime général et du FSV, ont progressé de 2,5% en 2017, contre 0,4% en 2016, année marquée par le transfert de dépenses des allocations logement à l'État. Les prestations de la branche maladie sont particulièrement dynamiques à 3,5%, alors que celles de la branche famille sont atones. Les prestations nettes devraient progresser de 2,2% en 2018, portées par le dynamisme retrouvé des prestations de retraite.

Tableau 6 • évolution des prestations nettes du régime général par branche de 2015 à 2018

	2015	2016 certifié	2016 PUMA	2017	2017 pro forma	2018 (p)
	Md€	Md€ %	Md€	Md€ %	Md€	Md€ %
Maladie	159,1	162,8 2,4%	186,9	193,5 3,5%	193,9	198,0 2,1%
Accidents du travail	8,8	8,8 -0,6%	8,8	8,8 0,1%	8,8	9,0 2,7%
Vieillesse	110,6	113,1 2,2%	113,1	115,2 1,9%	122,7	126,2 2,9%
Famille	36,3	31,4 -13,6%	31,4	31,3 -0,2%	31,3	31,4 0,3%
Régime général	314,8	316,0 0,4%	340,1	348,8 2,5%	356,6	364,6 2,2%

Note : les prestations légales sont présentées ici nettes de la consolidation interbranches de la PAJE

Les prestations de retraite devraient repartir à la hausse en 2018

Les pensions servies par les régimes alignés se sont élevées à 128,4 Md€ en 2017, en progression légèrement plus faible qu'en 2016 (1,8% après 2,0%).

Les flux de départs à la retraite ont continué de croître en 2017 avec 625 000 départs pour le seul régime général, mais sous l'effet du rythme de relèvement du recul de l'âge légal de départ, le nombre de nouveaux mois de paiement a baissé par rapport à l'année précédente. Cet effet a été renforcé par le recul de l'âge de départ sans décote et par la hausse des décès due à l'épidémie de grippe de début d'année 2017. La faible inflation a conduit à une absence de revalorisation au 1^{er} octobre 2016. En revanche, les dépenses de pensions ont été accélérées par une progression de la pension moyenne du fait de l'effet noria : les nouveaux retraités de l'année 2017 avaient une pension supérieure de près d'un quart à celle des retraités décédés dans l'année. Enfin, les pensions de retraites ont été revalorisées de 0,8% au 1^{er} octobre 2017.

En 2018, les prestations progresseraient de 3%, soit un rythme plus élevé qu'au cours des années précédentes sous l'effet de l'achèvement du recul de l'âge légal de départ. Seule la montée en charge du recul de l'âge du taux plein automatique continuerait de ralentir cette évolution. En conséquence, le flux de départs progresserait très sensiblement, atteignant 659.000 pour le seul régime général. Cet effet sur les dépenses de prestation serait amplifié par la hausse de la pension moyenne qui, comme en 2017, contribuerait à hauteur de 0,7 point à la hausse des dépenses. La LFSS ayant modifié la date de revalorisation des pensions au 1^{er} janvier, il n'y aura pas de revalorisation des pensions en 2018 mais la revalorisation d'octobre 2017 contribuerait à hauteur de 0,6 point à la croissance des prestations.

Après des années de progression sous l'effet des mesures successives d'assouplissement, les dépenses de retraite anticipée devraient atteindre un pic en 2017 (3,3 Md€) et commencer de se réduire à partir de 2018.

Des dépenses de prestations familiales atones

Les dépenses de prestations de la branche famille se sont élevées à 42,0 Md€ en 2017, soit un niveau stable par rapport à 2016, alors qu'elles avaient baissé de 10% en 2016 sous l'effet notamment de la poursuite du transfert à l'Etat du financement de la totalité des aides au logement et de la protection juridique des majeurs, dans le cadre de la compensation du pacte de responsabilité et de solidarité.

Les dépenses de prestations légales ont continué de baisser en 2017 mais à un rythme ralenti (-0,3% après -0,6% en 2016 et -1,8% en 2015). Cette baisse résulte de la forte baisse de la prestation d'accueil du jeune enfant (-3,8%) sous l'effet de la baisse de la natalité et d'un très fort recul (-22%) de l'allocation PREPAREE. En revanche les prestations d'entretien sont en progression de 1,8%.

En 2018, les dépenses de prestations légales devraient repartir à la hausse (0,6%) sous l'effet d'une progression des dépenses d'entretien de la famille portées par la revalorisation de 1% de la base mensuelle des allocations familiales au 1^{er} avril 2018 et la fin de montée en charge des revalorisations de l'allocation de soutien familial et du complément familial. En revanche les dépenses de prestations d'accueil du jeune enfant continueraient de décroître pour les mêmes raisons qu'en 2018 : baisse de la natalité et désaffection à l'égard de l'allocation PREPARE.

Les dépenses dans le champ de l'ONDAM maîtrisées mais en progression

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 avait fixé à 190,7 Md€ l'objectif de dépenses, en progression de 2,1% par rapport aux dépenses constatées en 2016.

Dans son avis 2016-3 du 11 octobre 2016, le comité d'alerte de l'ODAM, en application de l'article L144-4-1 du code de la sécurité sociale, avait émis une réserve sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif de dépenses en 2017 présenté en PLFSS pour 2017. En effet, selon le comité, « l'évolution prévue de l'ONDAM en 2017 est minorée, plus qu'à l'accoutumée, par des dispositions qui permettent de financer hors ONDAM certaines dépenses d'assurance maladie et nuisent de ce fait à la compréhension des évolutions sous-jacentes d'une année sur l'autre ».

Le comité visait notamment la création du fonds de financement de l'innovation thérapeutique pour contribuer à hauteur de 220 M€ au financement de dépenses de médicaments innovants, la mobilisation des réserves de la CNSA à hauteur de 230 M€ pour réduire la participation de l'ONDAM au financement des établissements médico-sociaux, la modification du taux des cotisations maladie des personnels de

santé exerçant en ville, qui réduit simultanément et d'un même montant (370 M€) les dépenses comptabilisées dans l'ONDAM et les recettes de la CNAM, et une présentation différente de celles retenues les années précédentes qui permet d'afficher dès le PLFSS une économie de 250 M€ résultant des remises sur les médicaments.

Sur la base de données quasi-définitives, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM sont estimées à 190,7 Md€, inférieures de 50 M€ à l'objectif fixé. Elles sont en progression de 2,2% par rapport à 2016. Ce respect global cache néanmoins des situations contrastées selon les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Ainsi, les dépenses de soins de ville sont supérieures de 0,3 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2018 et de 0,6 Md€ à l'objectif initial fixé en LFSS pour 2017. A périmètre constant, les dépenses de ville progressent de 2,2%, soit un taux légèrement inférieur à celui de 2016 (2,3%). Rectifié des biais de constructions soulignés par le comité d'alerte, la progression des dépenses de ville s'établirait cependant à 2,4%. Ces dépenses de soins de ville sont supérieures au montant retenu pour la construction de l'ONDAM 2017.

Les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé se sont élevés à 78,6 Md€, en hausse de 1,8%, mais en retrait de 0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2018 et de 0,6 Md€ à l'objectif initial fixé en LFSS pour 2017. Le ralentissement de l'activité des établissements publics de santé (-385 M€) et privés (-75 M€) explique la quasi-totalité de la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier. Dans le cadre des opérations de fin de gestion et afin de sécuriser le respect de l'ONDAM global, il avait été décidé de maintenir en réserve 180 M€ de crédits hospitaliers et d'en annuler 20 M€ supplémentaires. En début d'année 2018, le constat d'une baisse l'activité hospitalière plus forte qu'anticipée et d'une situation financière dégradée des hôpitaux a conduit à leur déléguer fin février 250 M€ de crédits complémentaires. Ces crédits sont imputés sur l'enveloppe 2017 et, pour les hôpitaux qui n'avaient pas encore clôturé leurs comptes, ils seront également comptabilisés en recettes de 2017.

L'exécution de l'objectif global de dépenses (OGD) au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées s'est élevée à 21,3 Md€ soit un niveau proche de l'objectif. La contribution de l'ONDAM aux établissements sociaux et médico-sociaux s'est élevée à 20,0 Md€ en 2017, en progression de 3,1% par rapport à 2016. Alors que la LFSS pour 2018 avait abaissé de 100 M€ l'ONDAM médico-social, un versement de 100 M€ a été effectué au profit de la CNSA en février 2018, compte tenu d'une sous-activité hospitalière plus importante que prévue et qui laissait donc la possibilité d'annuler l'économie décidée en LFSS pour 2018.

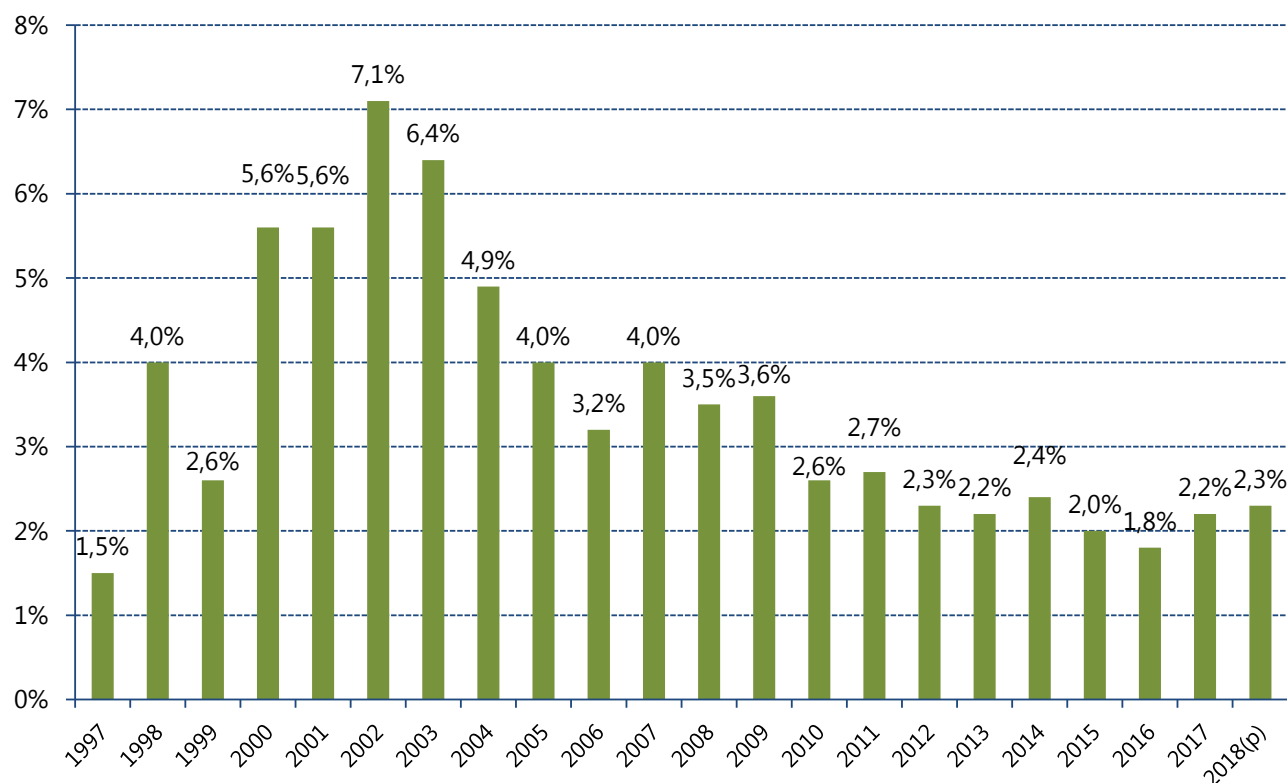
La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fixé à 195,2 Md€ l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, soit une évolution de 2,3% par rapport aux dépenses estimées pour 2017.

Dans son avis 2017-2 du 30 mai 2018 le comité d'alerte de l'ONDAM a examiné les prévisions des dépenses pour 2018. Il note que le dépassement des dépenses de ville en 2017 crée un effet de base défavorable de 325 M€ et que, à l'inverse, la sous-activité des établissements de santé en 2017 crée a priori un effet de base favorable de 235 M€. Néanmoins ce chiffrage est incertain du fait de la difficulté à expliquer et interpréter cette sous-activité. Il constate ensuite que l'administration estime à 90 M€ les aléas qui pèsent sur la réalisation de certaines mesures d'économies portant sur le panier de soins et à 100 M€ les risques de dépassement portant sur les soins de suite et de réadaptation, les autres prises en charge et l'impact des revalorisations. Il souligne également que certaines économies résultant du programme de maîtrise médicalisée pourraient ne pas être réalisées (indemnités journalières, transports sanitaires, notamment) même si, comme en 2017, elles pourraient être compensées par des économies plus importantes qu'attendues sur d'autres postes de la maîtrise médicalisée.

S'agissant des autres sous-objectifs de l'ONDAM, le comité d'alerte n'a pas constaté pas d'aléas négatifs.

Au total, les risques et aléas pesant sur l'exécution de l'ONDAM en 2018 peuvent être estimés entre 280 M€ et 380 M€ et, sous réserve que le rythme élevé de progression des dépenses constaté en début d'année ne se poursuive pas dans les prochains mois, les réserves constituées en début d'année sont d'un niveau suffisant (625 M€) pour faire face aux risques et aléas aujourd'hui identifiés. En conséquence, le comité a estimé que l'ONDAM voté en LFSS pour 2018 devrait pouvoir être respecté et qu'il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale.

Graphique 2 • évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM de 1997 à 2018 (en %)



Les résultats des branches du régime général en 2017 et 2018

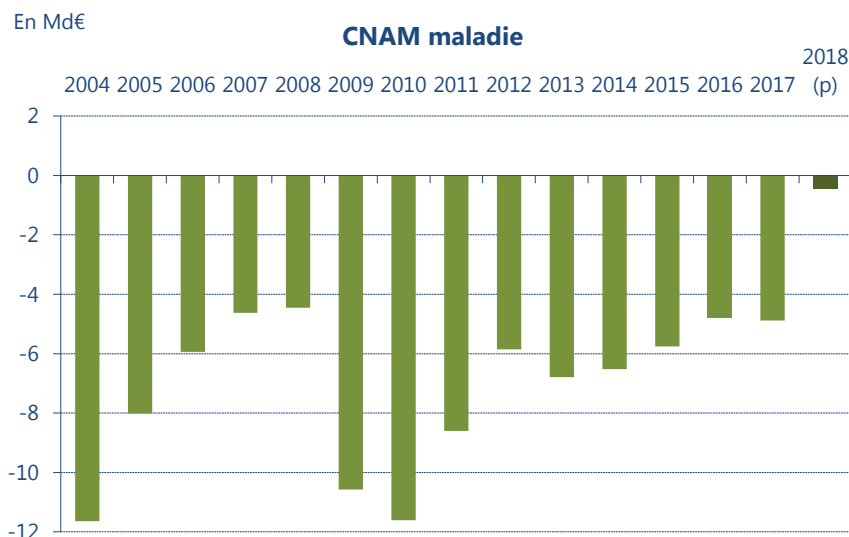
La branche maladie : un déficit stable en 2017 mais qui se réduirait fortement en 2018

En 2017, le déficit de la CNAM s'établit à 4,9 Md€, à un niveau proche de 2016. Toutefois ce résultat est dégradé par deux éléments exceptionnels qui accroissent ponctuellement le déficit de l'ordre de 1,2 Md€. Le premier est lié aux modifications des clés de TVA affectées à la sécurité sociale dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs qui pèse sur les recettes de TVA comptabilisées par la CNAM à la fin de l'exercice 2017 pour environ 1,0 Md€ (cf. encadré supra). Le second provient d'une double comptabilisation, à tort, dans les comptes de la branche maladie du régime général, des dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour 0,20 Md€. A l'inverse, la CNAM a bénéficié en 2017, à hauteur de 0,9 Md€, du transfert des réserves de la section III du FSV dans la cadre de la création du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) qui a majoré d'autant ses recettes alors que les dépenses de médicaments imputés sur le fonds ne se sont élevées qu'à 0,2 Md€.

La progression des dépenses (+3,5% en 2017) est nettement supérieure à l'évolution de l'ONDAM (+2,2%). Cette situation résulte principalement des transferts de l'État à l'assurance maladie du financement des établissements et services d'aides par le travail (ESAT), pour environ 1,5 Md€, ainsi que des dépenses de prévention au sein du fonds d'intervention régional, pour 0,1 Md€. Ces dépenses transférées ont été intégralement compensées à la sécurité sociale et constituent un changement de périmètre qui a été neutralisé dans le calcul du taux d'évolution de l'ONDAM. Parmi les autres facteurs expliquant l'écart de dynamique entre les charges comptabilisées dans le périmètre de l'ONDAM (+3,6% de croissance) et l'ONDAM lui-même, on trouve notamment le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique créé au sein de la CNAM en 2017 (qui sans abaisser le niveau des dépenses de l'assurance maladie a constitué une économie de l'ONDAM de 0,2 Md€) et le double compte décrit au paragraphe précédent (dégradant indûment les charges de 0,2 Md€ mais sans impact sur l'ONDAM). Par ailleurs, la dynamique des dépenses de la branche maladie est également tirée par les prestations hors ONDAM (+2,9%), notamment les pensions d'invalidité. A l'inverse, les charges de gestion administrative ont diminué de 0,9%.

Les recettes de la CNAM ont augmenté de 3,5%, portées en premier lieu par les cotisations. Ces dernières ont bénéficié d'une croissance soutenue de la masse salariale du secteur privé (+3,5%), et d'un relèvement du taux de cotisation (+0,05 point) dans le cadre d'un transfert entre les branches maladie et AT-MP. Le montant des cotisations prises en charge par l'État a quasiment doublé en 2017 (cf. fiche 1.2), en raison de la compensation par celui-ci de la prise en charge par l'assurance maladie du financement des ESAT. Malgré la perte de recettes de TVA, les produits des impôts, taxes et autres contributions sociales de la CNAM ont été dynamiques, portés par la conjoncture économique favorable et par l'affectation en LFSS pour 2017 d'un produit exceptionnel de 0,9 Md€ constitué de sommes mises en réserves au FSV.

Graphique 3 • évolution du solde de la branche maladie du régime général de 2004 à 2018



En 2018, le solde de la branche s'améliorerait fortement pour atteindre -0,5 Md€. La progression des dépenses (+2,2%) serait globalement en ligne avec le taux de croissance prévu de l'ONDAM (+2,3%). Les charges de gestion administrative poursuivraient leur diminution (-1,7%). La hausse des transferts versés (+3,2%) reflète la forte progression de la dotation au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, dont l'effet est toutefois atténué par la disparition de la dotation d'équilibrage du RSI à la suite de la suppression de ce régime et de l'intégration de ses comptes dans ceux du régime général.

Les recettes seraient en hausse de 4,5% portées par la croissance de la masse salariale (+3,9%), le relèvement des droits tabac et du taux de cotisation patronale du secteur privé (nouveau transfert de cotisations avec la branche AT-MP) ainsi que par la disparition de l'effet de perte de recettes de TVA qui ne joue qu'en 2017. Par ailleurs, la structure des recettes est profondément modifiée par la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs, se traduisant par une diminution des cotisations (-1,9%), une très forte croissance de la CSG (+32%) et une réduction de plus d'un tiers du rendement des impôts et taxes affectés. Ainsi, le relèvement du taux de CSG de 1,7 point sur les revenus d'activité et de remplacement a été affecté en totalité à la branche maladie. Cet effet a été neutralisé par (i) la suppression de cotisation salariale maladie des salariés du privé, (ii) l'abaissement des taux de cotisations maladie des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ainsi que des travailleurs indépendants et (iii) par la diminution des parts de TVA et de TS affectées à la CNAM.

Tableau 7 • charges et produits de la branche maladie du régime général (2015- 2018)

En millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Charges nettes	173 202	199 367	15,1%	206 310	3,5%	210 871	2,2%
Prestations sociales	159 100	186 989	17,5%	193 582	3,5%	198 013	2,3%
Prestations entrant dans le champ de l'ONDAM	147 966	175 017	18,3%	181 268	3,6%	185 398	2,3%
Prestations hors ONDAM	11 134	11 972	7,5%	12 314	2,9%	12 614	2,4%
Transferts	8 440	5 584	-33,8%	6 008	7,6%	6 202	3,2%
Transferts vers les régimes de base	3 878	1 142	--	1 235	8,1%	884	-28,4%
Autres transferts	4 562	4 441	-2,6%	4 773	7,5%	5 318	11,4%
Charges de gestion courante	5 570	6 703	20,3%	6 642	-0,9%	6 531	-1,7%
Autres charges nettes	92	91	-0,6%	77	-15,2%	126	++
Produits nets	167 446	194 585	16,2%	201 422	3,5%	210 405	4,5%
Cotisations, impôts et taxes nets	160 527	187 890	17,0%	194 546	3,5%	203 725	4,7%
Cotisations sociales brutes	77 567	87 273	12,5%	90 267	3,4%	88 523	-1,9%
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 157	1 577	36%	3 049	++	2 671	-12%
CSG brute	57 051	70 228	23,1%	71 152	1,3%	93 794	31,8%
Impôts, taxes et autres contributions sociales bruts	26 024	29 635	13,9%	31 056	4,8%	20 120	-35,2%
Charges nettes liées au non recouvrement	-1 271	-823	-35,2%	-977	18,7%	-1 383	41,5%
Transferts nets	3 704	2 835	-23,5%	2 768	-2,4%	2 563	-7,4%
Transferts des régimes de base	2 321	1 231	-47%	1 259	2%	1 238	-2%
Autres transferts	1 383	1 604	16,0%	1 508	-6,0%	1 326	-12,1%
Autres produits nets	3 215	3 860	20%	4 108	6%	4 117	0%
Résultat net	-5 756	-4 782		-4 888		-466	

Source : DSS/SDEPF/6A

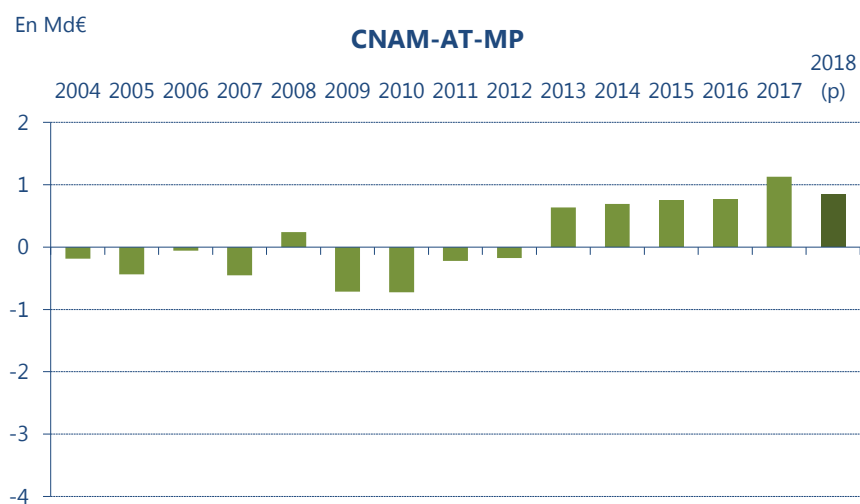
La branche accidents du travail – maladies professionnelles, un excédent durable

En 2017, l'excédent de la branche AT-MP a fortement augmenté et s'est établi à 1,1 Md€, après 0,8 Md€ en 2016. Cette hausse s'explique par des produits dynamiques (+2,4%) et des charges en baisse (-0,6%).

Ainsi, les prestations en nature et la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) enregistrent une baisse, partiellement compensée par la hausse des indemnités journalières et du transfert à la CNAV au titre des départs à la retraite dérogatoires pour pénibilité et amiante.

Parallèlement, le dynamisme de la masse salariale (+3,5%) soutient les recettes de la branche, malgré la baisse du taux moyen de cotisation (-0,06 point).

Graphique 4 • évolution du solde de la branche AT-MP du régime général de 2004 à 2018



En 2018, le solde de la CNAM-AT s'établirait à +0,8 Md€, en baisse de 0,3 Md€. Les dépenses croîtraient de 2,3%, et les produits baisseraient légèrement (-0,1%).

La réforme de la pénibilité accroît en effet le périmètre des dépenses couvertes par la branche : le fonds pénibilité est supprimé à compter du 1^{er} janvier 2018 et les dépenses dont il avait la charge sont transférées à la branche AT-MP (en contrepartie d'un léger relèvement du taux de cotisation AT-MP se substituant à l'ancienne cotisation affectée au fonds pénibilité). Par ailleurs, la hausse des transferts versés (+2,2%) résulte du versement, à compter de 2017, d'une dotation par la branche AT-MP du régime général pour équilibrer le risque AT-MP du régime des marins (cet équilibrage était jusqu'alors assuré par la branche maladie du régime général).

Les produits de cotisations sociales diminueraient de 0,6%, compte tenu de la baisse du taux de cotisation AT de 0,1 point décidée en LFSS 2018, aboutissant à un taux moyen de 2,22%.

Tableau 8 • charges et produits de la branche AT-MP du régime général (2015-2018)

	En millions d'euros					
	2015	2016	%	2017	%	2018(p)
Charges nettes	11 858	11 800	-0,5	11 728	-0,6	12 001
Prestations sociales nettes	8 811	8 759	-0,6	8 766	0,1	8 999
Prestations légales	8 606	8 561	-0,5	8 535	-0,3	8 786
Autres prestations	205	198	-3,3	231	16,3	213
Transferts versés	2 145	2 165	1,0	2 058	-5,0	2 104
Charges de gestion courante	894	869	-2,9	893	2,8	893
Autres charges nettes	7	7	++	11	68,2	5
Produits nets	12 607	12 562	-0,4	12 858	2,4	12 847
Cotisations, impôts, et produits affectés nets	12 300	12 157	-1,2	12 468	2,6	12 424
Cotisations sociales brutes (yc PEC Etat)	12 347	12 424	0,6	12 737	2,5	12 665
Contributions, impôts et taxes bruts	37	35	--	0	-99,3	0
Charges liées au non-recouvrement	-84	-302	--	-270	++	-241
Autres produits nets	307	405	31,9	390	-3,8	423
Résultat net	750	762		1 130		846

Source : DSS/SDEPF/6A

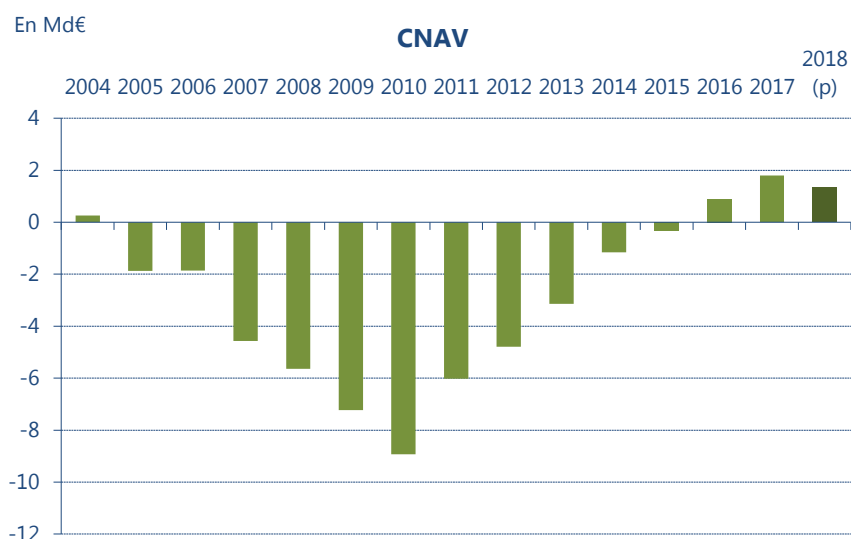
La branche retraite toujours excédentaire malgré une dégradation de son solde en 2018

En 2017, le solde de la CNAV, redevenue excédentaire en 2016, s'est amélioré de 0,9 Md€ pour s'établir à 1,8 Md€.

Les prestations versées ont ralenti (+1,9% après +2,2% en 2016), les effets modérateurs sur les volumes de pensions servies des différentes mesures de report d'âge ayant été particulièrement forts en 2017. En outre, l'effet en moyenne annuelle de la revalorisation des pensions a encore été modéré (+0,2%).

Les recettes ont également ralenti mais dans une moindre mesure (+2,4%) en raison de la réaffectation de recettes fiscales entre branches décidées dans le cadre de la LFSS pour 2017. Notamment, la fraction de la taxe sur les salaires dont bénéficiait la CNAV a été abaissée en contrepartie de l'affectation intégrale de la CSSS, représentant toutefois un montant de recettes moindre ; au total, les impôts, taxes et autres contributions sociales perçus par la CNAV ont diminué de 3,1%. Les transferts reçus ont reculé (-2,7%), principalement sous l'effet de l'extinction progressive de la contribution du FSV au financement du minimum contributif. Ces baisses ont été plus que compensées par la bonne tenue des produits de cotisations sociales qui ont bénéficié d'une nouvelle hausse des taux de cotisations déplaçonnées et de la dynamique de la masse salariale du secteur privé (+3,5%). S'ajoute l'effet de la compensation par l'État de dispositifs d'exonérations qui ne l'étaient pas jusqu'alors, dans le cadre plus général de la compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes liées au pacte de responsabilité. Au total l'agrégat des cotisations et des prises en charge a crû de 6,0%.

Graphique 5 • évolution du solde de la branche retraite du régime général de 2004 à 2018



En 2018, la situation financière de la branche vieillesse se dégraderait mais resterait nettement excédentaire, son solde s'établissant à 1,3 Md€.

La LFSS pour 2018 a prévu la suppression du régime social des indépendants à compter du 1^{er} janvier 2018 et l'intégration des charges et produits de ce régime dans les comptes du régime général. Ceci se traduit par un effet de périmètre important dans les comptes de la CNAV, sans toutefois affecter son solde puisque le régime général retraçait déjà dans ses comptes, via des dotations d'équilibre à sa charge, le besoin de financement du RSI.

A périmètre constant, les charges de la CNAV accélèreraient (+3,0%). En premier lieu, l'effet de la réforme des retraites de 2010 sur la dynamique des prestations s'atténue largement : l'augmentation progressive de l'âge légal s'est achevée au début de l'année 2017 et ne produirait plus d'effet en 2018, alors que le recul progressif de l'âge du taux plein automatique qui se poursuit agit plus modérément sur les flux de départs à la retraite. Par ailleurs, l'effet lié à la revalorisation est plus fort qu'en 2017 (+0,6% en moyenne annuelle), bien qu'il soit modéré par le décalage de la revalorisation du 1^{er} octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019. D'autre part, les transferts de compensation démographique à la charge de la CNAV augmenteraient eux aussi en raison de la dégradation du ratio démographique des autres régimes relativement à celui du régime général.

En parallèle, les produits progresseraient de 2,6%, malgré la fin des hausses de taux de cotisations. Les produits de cotisations et de recettes fiscales bénéficieraient d'un contexte économique favorable. Les cotisations sociales progresseraient de 3,7%, portées par le dynamisme de la masse salariale du secteur privé (+3,9%). L'assiette des recettes fiscales seraient également bien orientée. En revanche, les transferts en provenance du FSV poursuivraient leur repli, toujours sous l'effet de la réforme du financement du minimum contributif mais aussi de la baisse des effectifs de chômeurs qui conduit à un recul des cotisations prises en charge par le fonds.

Tableau 9 • charges et produits de la branche retraite du régime général (2015-2018)

en millions d'euros

	2015	2016		2017	%	2017 pro forma	2018 (p)	%
Charges nettes	120 463	122 808	1,9	124 804	1,6	129 830	133 712	3,0
Prestations sociales nettes	110 911	113 382	2,2	115 510	1,9	123 056	126 627	2,9
Droits propres	99 920	102 190	2,3	104 227	2,0	110 579	114 001	3,1
Droits dérivés	10 645	10 738	0,9	10 786	0,4	11 886	12 037	1,3
Autres prestations nettes	346	454	31,3	497	9,5	591	589	-0,3
Transferts nets	8 189	8 050	-1,7	7 915	-1,7	5 116	5 430	6,1
Compensation démographique	4 985	4 733	-5,0	4 545	-4,0	3 055	3 350	9,7
Autres transferts (dont transferts d'équilibrage)	3 205	3 316	3,5	3 371	1,6	2 061	2 080	0,9
Charges de gestion courante	1 315	1 329	1,1	1 339	0,7	1 610	1 618	0,5
Autres charges nettes	48	47	-1,8	39	-17,1	48	36	-23,3
Produits nets	120 149	123 691	2,9	126 601	2,4	131 627	135 045	2,6
Cotisations, contributions et impôts nets	90 047	93 343	3,7	97 069	4,0	101 669	105 556	3,8
Cotisations sociales (dont prises en charge par l'État)	76 129	78 635	3,3	83 327	6,0	88 020	91 255	3,7
Contributions, impôts et taxes	14 534	15 166	4,4	14 697	-3,1	14 697	15 341	4,4
Charges liées au recouvrement	-615	-459	-25,5	-956		-1 047	-1 040	
Transferts nets	29 870	30 071	0,7	29 249	-2,7	29 620	29 180	-1,5
Transferts avec régimes de base et complémentaires	11 451	11 791	3,0	11 552	-2,0	11 745	11 888	1,2
Transferts des régimes de base avec les fonds	18 419	18 280	-0,8	17 697	-3,2	17 875	17 292	-3,3
Autres produits nets	232	276	18,9	284	2,8	338	309	-8,5
Résultat net	-314	883		1 797		1 797	1 334	

Source : DSS/SDEPF/6A - CNAV

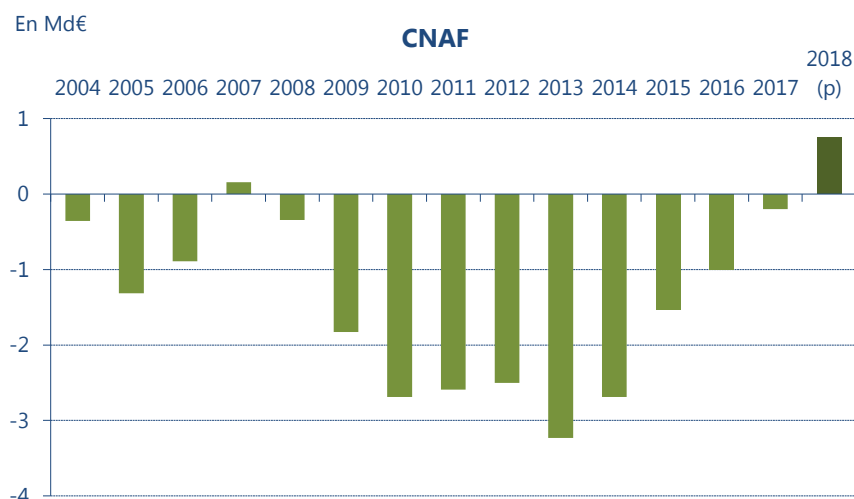
La branche famille, un excédent annoncé pour 2018

En 2017, le solde de la CNAF s'établirait à -0,2 Md€, en amélioration de 0,8 Md€ par rapport à 2016. Cette réduction du déficit s'explique à la fois par une dynamique soutenue des produits (+2,4%) en lien avec l'amélioration de la situation économique, mais aussi par une croissance modérée des charges (+0,7%).

Pour la troisième année consécutive, les prestations légales ont baissé (-0,2%). La hausse des prestations d'entretien (+1,8%), portée notamment par les revalorisations ciblées de certaines prestations dans le cadre de la montée en charge du plan de lutte contre la pauvreté, a été plus que compensée par le fléchissement des dépenses pour la petite enfance (-3,8%), qui résulte de la baisse du nombre de naissances et du moindre recours à la PREPARE. La baisse des prestations légales a permis d'absorber la forte dynamique des dépenses d'action sociale qui ont progressé de 6,3%.

L'effet en année pleine de l'extension de la baisse des cotisations sociales pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC a fortement réduit les recettes de cotisations sociales. Afin de compenser cette perte, la LFSS pour 2017 a affecté de nouvelles recettes à la branche qui ont pris la forme de la mise en compensation par l'État d'exonérations (+0,3 Md€), du relèvement de la fraction de la taxe sur les salaires (+2,7 Md€) et de l'octroi d'un supplément de produit portant sur la taxe sur les véhicules de société (0,3 Md€). En contrepartie, la branche a rétrocédé sa quote-part de droits de consommation sur les tabacs et sa quote-part de taxe de solidarité additionnelle. Le total de ces opérations est globalement neutre sur les recettes de la branche. Le regain de croissance économique, se traduisant notamment par une hausse de 3,5% de la masse salariale du secteur privé, a globalement stimulé les recettes de la branche, toutes choses égales par ailleurs.

Graphique 6 • évolution du solde de la branche famille du régime général de 2004 à 2018



En 2018, le solde de la branche famille deviendrait excédentaire, s'établissant à 0,8 Md€, en amélioration de 1 Md€ par rapport à 2017. Les charges progresseraient à un rythme modéré (+0,3%) : la hausse des prestations sociales demeurerait contenue et les transferts versés et les charges de gestion administrative diminueraient. Les prestations légales accéléreraient en raison d'une revalorisation en moyenne annuelle de 0,8%. Les prestations d'entretien (+2,3%) seraient outre tirées à la hausse par la fin de montée en charge du plan pauvreté. En revanche, les prestations pour la petite enfance diminueraient à nouveau, du fait d'une baisse du volume des prestations servies et de mesures nouvelles d'économies portant sur l'allocation de base et la prime à la naissance.

Les produits progresseraient nettement moins vite que la masse salariale (2,3% contre 3,9%). En effet, les cotisations sociales baisseraient (-2,2%) du fait de mesures d'allègement portant sur les non-salariés, décidées dans le cadre de la LFSS pour 2018. Dans ce contexte, la progression des produits serait portée par la hausse des contributions, impôts et taxes. Les recettes fiscales progresseraient de 24% en raison d'une hausse de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAF et de la hausse du rendement des prélèvements sur les stock-options. Par ailleurs, la CSG assises sur les revenus d'activité et de remplacement progresserait de 3,3%.

Tableau 10 • charges et produits de la branche famille du régime général (2015-2018)

	2015		2016		2017		2018 (p)	
		%		%		%		%
CHARGES NETTES	54 302	-8,0%	49 588	-8,7%	49 957	0,7%	50 127	0,3%
Prestations sociales nettes	41 257	-0,6%	36 463	-11,6%	36 735	0,7%	36 981	0,7%
Prestations légales nettes	36 301	-1,5%	31 354	-13,6%	31 305	-0,2%	31 403	0,3%
Prestations extralégales nettes	4 957	6,4%	5 109	3,1%	5 431	6,3%	5 577	2,7%
Transferts versés nets	10 152	--	10 197	0,4%	10 204	0,1%	10 166	-0,4%
Charges de gestion courante	2 901	0,2%	2 900	-0,1%	2 981	2,8%	2 950	-1,0%
Autres charges nettes	-9	--	29	--	37	--	30	--
PRODUITS NETS	52 774	-6,3%	48 591	-7,9%	49 757	2,4%	50 880	2,3%
Cotisations, contributions, impôts et taxes	51 827	-6,4%	47 476	-8,4%	48 627	2,4%	49 873	2,6%
Cotisations sociales brutes	32 834	-7,2%	30 176	-8,1%	30 192	0,1%	29 542	-2,2%
Cotisations prises en charge par l'Etat	471	-8,4%	498	5,8%	852	++	825	-3,1%
CSG brute	11 080	2,3%	9 908	-10,6%	10 168	2,6%	10 508	3,3%
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7 841	-14,9%	6 890	-12,1%	7 592	10,2%	9 437	24,3%
Charges liées au non-recouvrement	-399	--	3	--	-177	--	-439	++
Transferts reçus nets	335	1,7%	357	6,5%	345	-3,3%	226	--
Autres produits nets	611	0,1%	758	24,2%	785	3,5%	781	-0,6%
RESULTAT NET	-1 528		-997		-200		753	

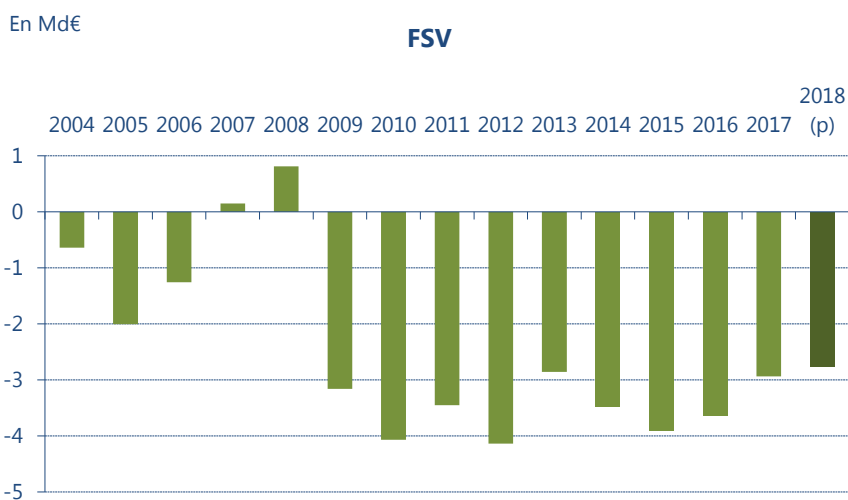
Source : DSS/SD EPF/6A.

Le FSV, un déficit qui se réduit mais reste élevé

En 2017, le solde du FSV s'est amélioré de 0,7 Md€ : les dépenses ont fortement diminué (-3,7%) alors que les produits sont demeurés quasiment stables (-0,3%). La diminution des charges s'explique essentiellement par la réforme du financement du minimum contributif (MiCo) dans la LFSS pour 2017, qui prévoit la disparition de la contribution du FSV à l'horizon 2020. Cette mesure a conduit à une économie de 1 Md€ en 2017 pour le fonds. Toutefois, cette économie est en partie compensée par la hausse des prises en charge de cotisations au titre du chômage et de la maladie (+0,4 Md€).

A partir de 2017, les recettes du FSV ne sont plus constituées que de recettes assises sur les revenus du capital. Les différentes autres contributions et recettes fiscales dont le fonds était encore attributaire en 2016 ont été transférées à la CNAV afin de lui compenser la perte de recettes découlant de la baisse de la contribution du FSV au titre du MiCo. En outre, la fraction de prélèvement social sur les revenus du capital affectée au fonds a été réduite, passant de 5,35 points à 5,12 points. Cependant, le dynamisme des produits de placement en 2017 a limité l'impact baissier de ces réaffectations de recettes et les produits du fonds n'ont finalement diminué que de 0,3%.

Graphique 7 • Évolution du solde du FSV de 2004 à 2018



En 2018, le déficit du FSV se résorberait encore légèrement. Les dépenses du fonds continueraient de baisser (-3,3%) en lien avec une nouvelle baisse de la prise en charge du minimum contributif. En outre, les prises en charge de cotisations au titre du chômage reculeraient elles aussi du fait d'une diminution des effectifs de chômeurs pris en compte dans le calcul. A l'inverse, la mesure de la LFSS pour 2018 qui vise à porter progressivement le montant du minimum vieillesse à 903 € conduirait à augmenter les prises en charge de prestations correspondantes de 0,1 Md€.

Les recettes affectées au fonds ont de nouveau été modifiées pour 2018. Il bénéficie de la quasi-totalité du rendement de la hausse de 1,7 point du taux de CSG décidée dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs. Toutefois en contrepartie de cette hausse, la LFSS pour 2018 a prévu la rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité dont le fonds bénéficiait jusqu'alors. Le rendement de ce prélèvement étant supérieur au gain de CSG, les recettes du fonds se réduiraient en 2018 d'environ 0,6 Md€. Ce repli serait néanmoins partiellement compensé par la bonne tenue des revenus du capital : les produits du fonds ne diminueraient *in fine* que de 0,4 Md€ en 2018.

Tableau 11 • charges et produits nets du FSV (2015-2018)

	en millions d'euros					
	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)
Charges nettes	20 521	20 317	-1,0	19 564	-3,7	18 924
Transferts nets	20 385	20 185	-1,0	19 438	-3,7	18 800
Transferts des régimes de base avec les fonds	20 060	19 832	-1,1	19 085	-3,8	18 461
Prises en charge de cotisations	12 977	13 173	1,5	13 492	2,4	13 501
Prises en charge de prestations	7 083	6 659	-6,0	5 593	-16,0	4 960
Transferts avec les régimes complémentaires	325	353	8,6	352	-0,2	339
Autres charges nettes	136	132	-3,5	126	-4,0	124
Produits nets	16 615	16 676	0,4	16 626	-0,3	16 162
Contributions, impôts et taxes nets	16 612	16 675	0,4	16 626	-0,3	16 162
CSG brute	10 835	9 489	-12,4	10 059	6,0	12 267
Contributions sociales diverses	1 242	6 965	++	6 788	-2,5	4 166
Impôts et taxes	4 598	357	--	14	--	0
Charges liées au non-recouvrement	-62	-135	--	-235	--	-271
Autres produits nets	3	1	--	0	--	0
Résultat net	-3 906	-3 641		-2 938		-2 762

Source : DSS/SDEPF/6A

Le Régime Social des Indépendants

En 2017, le besoin de financement du RSI atteint 1,9 Md€. Ses charges comme ses produits nets affichent un recul important (respectivement -3,9% et -4,0%) qui traduit le contrecoup de la mise en place de la PUMa en 2016 majorant exceptionnellement le produit de CSG de la branche maladie du régime cette année-là (la plaçant en excédent qu'elle reversa à la CNAM en vertu de son intégration financière). Ces mouvements affectent fortement les charges et produits de transferts ainsi que les recettes de cotisations et contributions de la branche maladie qui présentent des taux d'évolution très heurtés.

Les prestations sociales ont crû globalement de 1,2%. Cette faible dynamique concerne à la fois les prestations maladie et retraite. La consommation de soins des travailleurs indépendants est tendanciellement moins rapide qu'au sein du régime général et son taux de croissance est structurellement inférieur à celui de l'ONDAM. S'agissant des retraites, le RSI a bénéficié des mêmes facteurs modérateurs que le régime général : un ralentissement des flux de nouveaux retraités induit par le relèvement de l'âge légal de départ et une revalorisation faible en moyenne annuelle en raison de l'atonie de l'inflation.

Les cotisations, contributions et impôts ont connu des évolutions contrastées par branche. Pour les raisons évoquées ci-dessus, la branche maladie a enregistré un fort repli (-14%). A l'inverse la branche retraite (+6,5%) a bénéficié de plusieurs facteurs favorables : à la dynamique spontanée de l'assiette s'ajoutent l'effet de la hausse du taux de cotisation retraite ainsi qu'une régularisation favorable au titre des cotisations des micro-entrepreneurs (portant sur les exercices 2010 à 2015). Malgré ces recettes supplémentaires et la modération des prestations, le besoin de financement de la branche retraite est resté stable (1,3 Md€ en 2016 et 2017), en raison d'une baisse des transferts au titre du minimum contributif (en provenance du FSV) et de la compensation démographique.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 supprime le régime social des indépendants (RSI) à compter du 1^{er} janvier 2018. Les dépenses et les recettes relatives aux indépendants sont désormais intégrés aux différentes branches du régime général. Cette intégration, à compter de l'exercice 2018 fait augmenter de manière importante les charges et produits du régime général (se concentrant presque exclusivement sur la CNAV, les branches famille et maladie - depuis la réforme de la Puma - du régime général retraçant déjà la quasi-totalité des opérations relatives aux travailleurs indépendants).

en millions d'euros

	2015	%	2016	%	2017	%
CHARGES NETTES	16 850	1,4	17 846	6,6	17 143	-3,9
Prestations sociales nettes	15 787	1,3	15 953	1,1	16 137	1,2
Vieillesse	7 444	1,3	7 469	0,3	7 546	1,0
Maladie	8 343	1,3	8 483	1,7	8 591	1,3
Transfert net (y compris équilibre maladie)	387	6,9	1 221	++	308	--
Autres charges nettes	677	1,7	672	-0,7	698	3,9
PRODUITS NETS	16 869	0,0	17 869	6,7	17 158	-4,0
VIEILLESSE	7 740	1,3	7 759	0,2	7 825	0,8
Cotisations, contributions et impôts nets	4 357	-23,3	4 319	-0,9	4 600	6,5
Transferts nets	3 350	++	3 383	1,0	3 171	-6,3
Autres produits nets	33	-18,2	57	++	55	-2,4
Transfert d'équilibre de la CNAV	1 105	-25,8	1 300	17,6	1 309	1
MALADIE	9 129	-1,0	10 110	12,4	9 333	-7,7
maladie hors transfert	7 687	-2,5	9 853	28,2	8 712	-11,6
Cotisations, contributions et impôts nets	7 790	-14,6	9 976	29,0	8 565	-14,1
Transferts nets	1 250	++	67	--	678	++
Autres produits nets	89	-1,5	67	-24,8	89,5	33,2
Transfert d'équilibre de la CNAM	1 188	9,7	--	--	621	-
RESULTAT NET	19		23		15,5	
RESULTAT NET hors transfert d'équilibre du RG	-2 275		-361		-1 915	

Source : DSS/SD EPF/6A.

La trésorerie de l'ACOSS s'est détériorée en 2017

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -23,4 Md€ au 31 décembre 2017, contre -17,3 Md€ au 31 décembre 2016. En effet, contrairement aux années précédentes, la trésorerie de l'ACOSS n'a pas bénéficié de reprise de dette par la CADES, qui avait atteint 23,6 Md€ en 2016, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 modifiée. Sa trésorerie s'est ainsi dégradé de 6,1 Md€ en 2017.

La LFSS 2017 avait fixé le plafond de découvert de trésorerie de l'ACOSS à 33 Md€ pour 2017, après 30 Md€ sur les 5 derniers mois de 2016 pour tenir de compte de l'absence de reprise de dette et de la persistance d'un déficit de la sécurité sociale. Ce plafond a été respecté avec un point bas en « brut », intégrant les financements liés à la politique de gestion des risques financiers mise en place par l'ACOSS et les avances aux partenaires, à -32,7 Md€, atteint en septembre 2017.

Le niveau des taux à court et moyen terme de la zone euro et la bonne qualité de la signature de l'agence lui ont permis de se financer à taux négatifs sur l'ensemble de l'année 2017. Aussi, le résultat financier net de l'ACOSS (qui correspond à la différence entre les charges d'intérêt liées aux emprunts et les produits financiers liés à certaines disponibilités ponctuelles de trésorerie) est, comme en 2016, positif et s'établit à 125,7 M€.

En 2018, les besoins de trésorerie de l'ACOSS devraient être en baisse, avec 24,8 Md€ en moyenne mobilisés par jour contre 26,9 Md€ en 2016. Un point bas « en brut » prévisionnel devrait être atteint en avril à -33,5 Md€ mais il resterait compatible avec le plafond de recours à des ressources non permanentes fixé en « brut » à 38 Md€ par la LFSS pour 2017.

Si le maintien d'une autorisation de découvert est indispensable compte tenu des variations journalières des besoins de trésorerie et du niveau actuel de la dette court terme de l'ACOSS, héritée des déficits passés non repris par la CADES, les perspectives plus favorables des années à venir (voir infra) doivent inciter à réduire l'endettement court terme de l'ACOSS, qui l'expose à une remontée possible des taux d'intérêt. Dès lors la réduction progressive du plafond de découvert de l'ACOSS devrait être programmée dans les prochaines lois de financement pour inciter au remboursement effectif de la dette de court terme et éviter sa reconstitution.

La dette de la CADES continue de se réduire et pourrait disparaître en 2024

Depuis sa création la CADES a repris pour 260 Md€ de dettes, dont près de 90 % en provenance du régime général. En 2017, elle a bénéficié de ressources qui lui ont permis d'amortir 15 Md€ de dette, portant à près de 140 Md€ le montant de la dette amortie depuis 1996.

En 2018, compte tenu du dynamisme de ses ressources, la CADES pourrait amortir 15,4 Md€. Fin décembre 2018, il lui resterait 105,4 Md€ à amortir, soit l'équivalent de 4,6 points de PIB.

Enfin, les projections réalisées par la CADES indiquent que l'intégralité de la dette transférée devrait être remboursée en 2024 soit un an plus tôt que prévu initialement en raison du rendement élevé des recettes affectées à la CADES, du niveau bas des taux d'intérêt, ainsi que de la gestion active de la dette.

Afin de préparer la fin programmée de la CADES, le décret du 9 mai 2017 relatif à la Caisse d'amortissement de la dette sociale a modifié l'organisation interne de la caisse, en confiant à l'Agence France Trésor la gestion opérationnelle de la CADES. Ce rapprochement permet de gagner en efficacité en mutualisant les fonctions de placement de dette publique et de limiter les risques opérationnels en bénéficiant de ressources humaines accrues. La dette sociale reste toutefois cantonnée dans ce cadre, et gérée de manière totalement étanche de la dette de l'État.

Au-delà modification de l'organisation administrative de la CADES, il conviendra dans les prochaines années de réfléchir à l'avenir des ressources qui lui sont attribués (17,2 Md€ en 2017 et 17,8 Md€ en 2018) et qui sont composés de la CRDS (0,5% de l'ensemble des revenus), de 0,6 point de CSG et d'un versement annuel de 2,1 Md€ du FRR.

Un retour à l'équilibre prévu pour 2019, des excédents croissants attendus après

La loi de financement pour 2018 a fixé une trajectoire d'évolution des comptes de la sécurité sociale entre 2017 et 2021. Le régime général devait ainsi être en excédent 2018 (1,2 Md€) et le déficit consolidé du régime général et du FSV à peine supérieur à 2 Md€.

Depuis cette date, la prévision révisée pour 2018 fait apparaître une situation notablement améliorée par rapport à la prévision de la loi de finances, le déficit global prévisionnel n'étant plus que de 0,3 Md€. Au-delà, et sans tenir compte de l'amélioration désormais prévue pour 2018, les excédents prévisionnels seraient importants et croissants.

Tableau 13 • trajectoire financière pluriannuelle du régime général et du FSV en Md€ (2017-2021)

	2017		2018		2019	2020	2021
	Prévision	Exécution	Prévision	Projection	Prévision	Prévision	Prévision
RG	-1,6	-2,2	1,2	2,5	3,5	6,6	10,3
FSV	-3,6	-2,9	-3,5	-2,8	-2,7	-1,5	-0,8
RG + FSV	-5,2	-5,1	-2,2	-0,3	0,8	5,1	9,5

Source : LFSS pour 2018

Cette situation, nouvelle pour la sécurité sociale, se retrouve dans les prévisions de la loi de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2018 à 2022 qui, sur le champ plus large des administrations de sécurité sociale (ASSO) qui contient également notamment la CADES, les régimes complémentaires de retraite, l'Unédic et les hôpitaux. Cette trajectoire prévoit une progression de la capacité de financements des ASSO, jusqu'en 2019, date à laquelle elle serait plafonnée à 0,8 point de PIB.

Tableau 14 • trajectoire des soldes par catégories d'administrations publiques en comptabilité nationale et en point de PIB (2017-2022)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APUC	-3,3	-3,4	-3,9	-2,6	-2,3	-1,8
ASSO	0,2	0,5	0,8	0,8	0,8	0,8
APUL	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7
Ensemble	-2,9	-2,8	-2,9	-1,5	-0,9	-0,3

Source : LPFP 2018-2022

Comme cela est indiqué dans l'exposé des motifs de la LPFP, cet excédent des ASSO qui reste stable à 0,8 point de PIB à compter de 2019, alors que l'excédent attendu des régimes de sécurité sociale est croissant sur la période, résulte de la mise en place de transferts vers l'État des recettes des ASSO venant en excédent de ce solde. La mise en œuvre de ce dispositif devra être précisée dans les prochaines lois financières.

Ces prévisions sont néanmoins affectées d'incertitudes :

- Sur la croissance économique et l'inflation : l'accroissement des excédents en comptabilité générale comme en comptabilité nationale repose sur une hypothèse de croissance qui peut paraître optimiste en fin de période.
- Sur la réalisation des économies qui sous-tendent la trajectoire financière : si le taux d'évolution de l'ONDAM a été défini pour les prochaines années, la nature des économies à réaliser reste, pour une part, à documenter alors même qu'il faut tenir compte de la situation des hôpitaux comme des EHPAD. De plus, contrairement aux années passées, les dépenses de retraites ne bénéficieront plus des effets des réformes des retraites mises en œuvre depuis 2010.

Enfin, Il conviendra par ailleurs de s'assurer que les dispositions qui seront retenues pour réaliser les transferts de recettes programmés au bénéfice de l'État ne fragilisent pas le remboursement de la dette sociale accumulée, tant à la CADES qu'à l'ACOSS.

ANNEXE

Tableau 15 • charges nettes, produits nets et soldes du régime général et du FSV, par branche

En millions d'euros

	2015	2016 certifié	2016	2017	2017 pro forma	2018(p)
Maladie						
Recettes	167 446	172 451 3,0%	194 585	201 422 3,5%	201 679	210 405 4,3%
Dépenses	173 202	177 233 2,3%	199 367	206 310 3,5%	206 551	210 871 2,1%
Solde	-5 756	-4 782	-4 782	-4 888	-4 872	-466
AT/MP						
Recettes	12 607	12 562 -0,4%	12 562	12 858 2,4%	12 858	12 847 -0,1%
Dépenses	11 858	11 800 -0,5%	11 800	11 728 -0,6%	11 728	12 001 2,3%
Solde	750	762	762	1 130	1 130	846
Vieillesse						
Recettes	120 149	123 691 2,9%	123 691	126 601 2,4%	131 627	135 045 2,6%
Dépenses	120 463	122 808 1,9%	122 808	124 804 1,6%	129 830	133 712 3,0%
Solde	-314	883	883	1 797	1 797	1 334
Famille						
Recettes	52 774	48 591 -7,9%	48 591	49 757 2,4%	49 757	50 880 2,3%
Dépenses	54 302	49 588 -8,7%	49 588	49 957 0,7%	49 957	50 127 0,3%
Solde	-1 528	-997	-997	-200	-200	753
Régime général						
Recettes	340 321	343 445 0,9%	366 592	377 680 3,0%	382 762	396 130 3,5%
Dépenses	347 169	347 580 0,1%	370 726	379 841 2,5%	384 907	393 663 2,3%
Solde	-6 848	-4 135	-4 135	-2 161	-2 145	2 467
FSV						
Recettes	16 615	16 676 0,4%	16 676	16 626 -0,3%	16 626	16 162 -2,8%
Dépenses	20 521	20 317 -1,0%	20 317	19 564 -3,7%	19 564	18 924 -3,3%
Solde	-3 906	-3 641	-3 641	-2 938	-2 938	-2 762
RG+FSV						
Recettes	338 447	360 121 6,4%	364 954	376 586 3,2%	381 489	394 977 3,5%
Dépenses	349 201	367 897 5,4%	372 730	381 685 2,4%	386 573	395 272 2,3%
Solde	-10 754	-7 776	-7 776	-5 099	-5 084	-295

1. LES RECETTES

1.1 Vue d'ensemble des recettes

Les ressources affectées au régime général et au FSV en 2017 se sont élevées à 376,6 Md€¹, en augmentation de 3,2% (cf. tableau 1). Elles devraient croître de 3,5% en 2018, après neutralisation de l'effet induit de l'intégration de l'ensemble des cotisations maladie et vieillesse de base des travailleurs indépendants au régime général. Ce retraitement fait suite à la suppression du RSI par la LFSS pour 2018.

Près des trois quarts des recettes sont assises sur les revenus d'activité

L'ensemble des recettes se décomposent en sept grandes catégories : les cotisations, la CSG, les prises en charge de cotisations par l'État, les recettes fiscales, diverses contributions sociales, et les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers, tels que la CNSA ou le FSV). Les cotisations constituent la part la plus importante de ces recettes : elles représentaient 56% de l'ensemble des produits reçus par le régime général et le FSV en 2017. La part de la CSG s'établit à 24% en 2017 et celle des impôts, taxes et autres contributions sociales à 16%² (cf. graphique 1). La part de la CSG augmentera en 2018 avec la mesure en faveur du pouvoir d'achat, celle des cotisations et des recettes fiscales diminuera en contrepartie (cf. *infra*).

Les revenus d'activité constituent la principale assiette des recettes du régime général et du FSV (cf. graphique 2). En effet, les cotisations (en totalité) et la CSG (en très grande partie) sont assises sur ces revenus, ainsi que certaines recettes fiscales, notamment le forfait social et la taxe sur les salaires. Les prélèvements sur les revenus de remplacement (principalement de la CSG) représentent 5% des recettes, tout comme les prélèvements sur les revenus du capital (la CSG et le prélèvement social) au taux de 15,5% (17,2% en 2018). Une part importante des recettes fiscales du régime général est assise sur la consommation des ménages (6% des recettes totales), comme la TVA, les taxes sur les tabacs et les taxes alcools. Enfin, environ 2% des recettes sont issues de la taxation de l'activité des entreprises : il s'agit notamment de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) et de la taxe de solidarité additionnelle.

Les recettes du régime général et du FSV en forte progression en 2017

La dynamique spontanée des recettes a été le principal déterminant de leur évolution en 2017 (cf. graphique 3). L'apport net de recettes nouvelles n'a que peu contribué à l'évolution des recettes. Les recettes ont par ailleurs été diminuées par le moindre produit à recevoir de TVA de 1,2 Md€, liée à la modification de la part affectée à la sécurité sociale dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs (cf. encadré de la synthèse).

Des recettes nouvelles en compensation de la baisse du taux de cotisation famille

La troisième phase du pacte de responsabilité entraîne des pertes de cotisations, via notamment l'impact en année pleine de la baisse du taux de cotisation famille pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC. Afin de compenser ces pertes, mais également la disparition de mesures de compensation non pérennes (prélèvement à la source des caisses de congés payés) et le transfert du budget de l'Etat à l'assurance maladie du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), le régime général s'est vu affecter de nouvelles recettes, notamment les sommes mises en réserve au sein de la section III du FSV et la compensation par l'Etat d'exonérations qui n'étaient jusqu'alors pas compensées. L'ensemble de ces opérations s'est traduit par un supplément de recettes de 1,2 Md€ (cf. fiche 3.1).

Le contrecoup de l'inscription d'un produit exceptionnel de CSG en 2016, l'instauration d'un crédit d'impôt, non compensé, relatif à la taxe sur les salaires (CITS) et le relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG remplacement ont été en partie absorbés par le relèvement de la fiscalité sur les tabacs et la hausse des

¹ La loi de financement pour 2017 a procédé à une modification du fait générateur des cotisations et contributions sociales, passant de la date de versement du salaire à la période d'emploi (au titre de laquelle les salaires sont versés). Cette modification conduit, pour les entreprises qui pratiquent le décalage de paie, à rattacher désormais dans les comptes de l'exercice N les cotisations et contributions perçues sur les salaires versés en janvier N+1 au titre de la période d'emploi de décembre N. Les produits à rattacher à ce titre aux comptes 2017 s'élèvent à environ 2,4 Md€. Toutefois, conformément à l'avis du conseil de normalisation des comptes publics, cet effet a été neutralisé dans le compte de résultat de l'exercice 2017 via une modification du bilan d'ouverture des caisses de sécurité sociale.

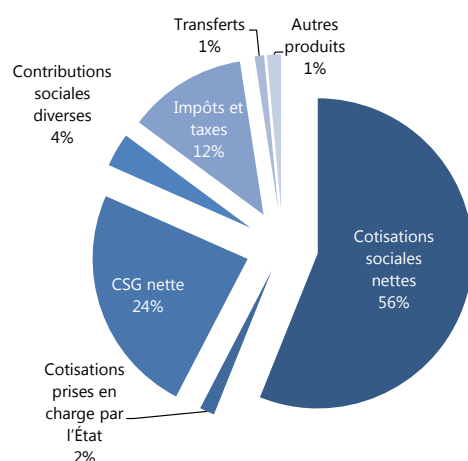
² L'ensemble des produits présentés ici sont nets des charges (pour non recouvrement, pour frais d'assiette et de dégrèvements...).

Tableau 1 • Ressources nettes du RG et du FSV par catégorie de recettes

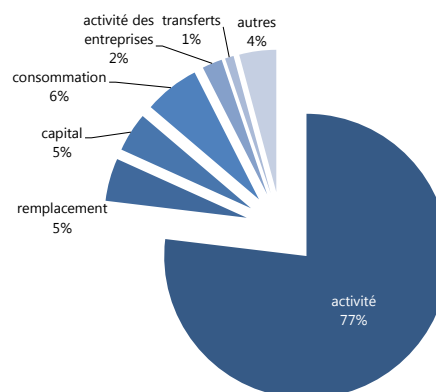
	2015	2016	%	2017	%	2017 proforma	2018 (p)	%
Cotisations sociales	196 055	205 546	4,8	212 845	3,6	217 630	218 033	0,2
Cotisations prises en charge par l'État	2 771	3 347	20,8	5 884	++	6 037	5 800	-3,9
Contributions, impôts et taxes	132 964	148 363	11,6	151 221	1,9	151 409	165 252	9,1
CSG	78 689	89 320	13,5	91 069	2,0	91 069	116 188	27,6
Contributions sociales diverses	13 612	12 943	-4,9	13 356	3,2	13 356	11 227	-15,9
Impôts et taxes	40 664	46 101	13,4	46 796	1,5	46 985	37 837	-19,5
Charges liées au non recouvrement	2 430	1 716	-29,4	2 625	++	2 726	3 373	23,7
Sur cotisations sociales	1 637	1 417	-13,4	2 138	++	2 240	2 676	19,5
Sur CSG (hors capital)	454	104	--	203	++	203	440	++
Sur impôts, taxes et autres cont. (yc capital)	339	196	-42,4	283	44,9	283	256	--
Transferts nets	4 749	4 144	-12,7	3 727	-10,1	3 875	3 688	-4,8
Autres produits nets	4 338	5 266	21,4	5 533	5,1	5 592	5 579	-0,2
Total des produits nets du RG et du FSV	338 447	364 949	7,8	376 586	3,2	381 818	394 980	3,4

Source : DSS/SDEPF/6A. L'évolution en 2016 résulte de la mise en place de la PUMa. Pour une présentation détaillée des comptes 2016 se reporter au rapport de la CCSS de juillet 2017.

Graphique 1 • Répartition des recettes du RG et du FSV par catégorie de recettes (2017)



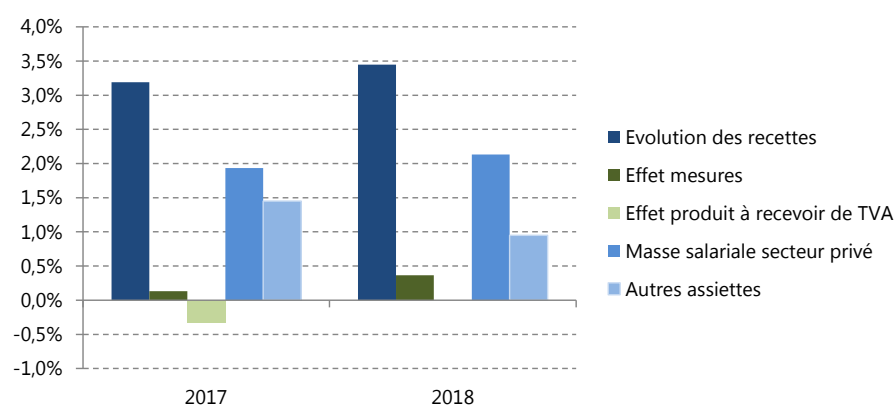
Graphique 2 • Répartition des recettes du RG et du FSV par type d'assiette (2017)



Note : Les impôts, taxes et contributions par type d'assiette ont été décomposé comme suit. Les prélèvements assis sur les revenus d'activité sont composés du forfait social et de la taxe sur les salaires. Les prélèvements assis sur les revenus du capital comprennent, d'une part, les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement et, d'autre part, les prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions. Les prélèvements assis sur le chiffre d'affaire des entreprises intègrent la CCSS et la taxe sur les véhicules de société, les taxes pharmaceutiques, la taxe de solidarité additionnelle et les taxes spéciales sur les contrats d'assurance automobile. Les prélèvements assis sur la consommation comprennent la TVA, les taxes sur les tabacs, alcools et boissons non alcoolisées. Les contributions sur les jeux et paris, les contributions sur les avantages de retraites et préretraite, et le produit exceptionnel issu de l'affectation des réserves de la section III du FSV à la CNAM constituent la catégorie des autres recettes.

Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 3 • Principaux déterminants de l'évolution des recettes



Source : DSS/SDEPF/6A

taux de cotisation vieillesse dé plafonnée (cf. tableau 2).

Le regain de croissance économique soutient la dynamique des recettes

La croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,5%) a été le principal déterminant de l'évolution des produits. Elle a conduit à une progression des cotisations de 3,6% en dépit de la baisse du taux de cotisation famille (cf. fiche 1.2). Le contrecoup du produit exceptionnel de CSG en 2016 et le relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG remplacement ont atténué la dynamique de la CSG activité (cf. fiche 1.4).

Le contexte macroéconomique favorable s'est également traduit par une bonne tenue des autres assiettes, notamment pour les recettes fiscales assises sur les revenus du capital (cf. fiche 1.9), le forfait social et la TVA nette (cf. fiche 1.8).

Une forte progression des recettes qui s'accompagne d'une importante modification de leur structure

Une très forte hausse de la CSG compensée par une baisse des cotisations et des recettes fiscales

L'article 7 de la LFSS pour 2018 a augmenté le taux de la contribution sociale généralisée de 1,7 point sur l'ensemble de ses assiettes (à l'exception des pensions des retraités modestes, des allocations chômage et des indemnités journalières).

En contrepartie, d'importantes modifications des cotisations ont lieu. Les travailleurs salariés du secteur privé voient la suppression de leur cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) et de leur contribution salariale d'assurance chômage (2,40%)¹. Les travailleurs indépendants bénéficient d'un allègement des barèmes des cotisations maladie et famille. Les agents de la fonction publique bénéficient de la suppression de la contribution de solidarité dont ils sont redevables au titre du chômage au taux de 1%. En complément les agents non titulaires voient leur cotisation salariale maladie également supprimée, alors que les fonctionnaires, qui n'en sont pas redevables, bénéficient en contrepartie d'une prime compensatrice des effets de la hausse de la CSG.

L'Acosse s'est vu confier par la loi la compensation à l'Unédic de la perte de recettes induite par la suppression de contribution salariale d'assurance chômage. Afin de financer cette compensation, la CNAM restitue une grande part de ses produits de TVA à l'Acosse dès le 1^{er} janvier 2018. La perte de recettes du fonds solidarité et le coût de la prime compensatrice aux fonctionnaires est compensé par des baisses de cotisations patronales pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et par la rétrocession du prélèvement de solidarité à l'Etat en provenance du FSV. L'ensemble de ces opérations n'a qu'un impact limité sur le montant global des recettes du régime général et du FSV.

L'impact de la troisième phase du pacte de responsabilité avait été compensé en partie par l'affectation de recettes non pérennes pour près d'1 Md€. La disparition de ces recettes est couverte par le relèvement de la fiscalité sur les tabacs (cf. fiche 1.8) et la compensation prévue en 2018 du CITS, dont la compensation avait été cependant annulée en 2017 par une disposition de la LFSS pour 2018.

L'embellie du contexte macroéconomique se confirmerait en 2018

Après avoir crû de 2,4% en 2016, la masse salariale a augmenté de 3,5% en 2017 et progresserait de 3,9% en 2018. Elle expliquerait plus de la moitié de l'augmentation des recettes en 2018. Cette progression se répercuterait sur l'évolution des cotisations et de la CSG assise sur les revenus d'activité. Les premières sont fortement tirées à la baisse par les mesures de la LFSS pour 2018 (cf. *supra*) mais la dynamique de l'assiette viendrait neutraliser ces effets et les cotisations resteraient globalement stables en 2018.

La CSG augmenterait très fortement (+27,6%), du fait de la hausse du taux, et dans une moindre mesure de la bonne tenue de l'assiette. La contraction attendue des produits de recettes fiscales (-19,5%) est la conséquence de la rétrocession à l'Etat de l'essentiel des points de TVA affectée à la CNAM et du prélèvement de solidarité.

¹ La suppression de la contribution chômage se fera en deux temps au cours de l'année 2018, une première baisse de 1,4 point est effective depuis le 1er janvier 2018 et la suppression de la part restante se fera le 1er octobre 2018.

Tableau 2 • Principales mesures en 2017

	en milliards d'euros					
	CNAM	CNAM-AT	CNAF	CNAV	FSV	RG+FSV
Phase III du pacte de responsabilité						
Effet en année pleine de la baisse de cotisation famille			-1,0			-1,0
Baisse de la cotisation maladie des travailleurs indépendants	-0,2					-0,2
Extinction du prélèvement à la source des caisses de congés payés	-0,2	0,0	-0,1	-0,2		-0,5
Mise en compensation d'exonérations	0,9	0,0	0,3	0,9		2,2
Compens par dotation budgétaire de l'abattement de cotisation des exploitants agricoles	0,5					0,5
Baisse de la fraction TVA	-0,7					-0,7
Affectation à la CNAM des réserves de la section III du FSV	0,9					0,9
Mesure de fait générateur de la taxe sur les véhicules de société (TVS)			0,2			0,2
Transfert de la part Etat de TVS			0,2			0,2
Transferts de recettes internes à la sécurité sociale	1,4	0,0	0,2	-2,0	0,1	-0,3
Sous-total 1	2,6	0,0	-0,2	-1,3	0,1	1,2
Autres mesures/effets						
Contrecoup du produit exceptionnel de csg	-0,7					-0,7
Relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG remplacement	-0,3		0,0			-0,3
Hausse de la fiscalité tabacs	0,3					0,3
Hausse du taux de cotisation maladie	0,3					0,3
Baisse de taux AT		-0,3				-0,3
Hausse de taux vieillesse				0,5		0,5
Mise en place d'un crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)	-0,1		-0,2	-0,2		-0,5
Sous-total 2	-0,5	-0,3	-0,2	0,3	0,0	-0,7
TVA (fait générateur...)	-1,2					-1,2
Total toutes mesures en recettes	0,9	-0,3	-0,4	-1,0	0,1	-0,7

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 • Principales mesures en 2018

	en milliards d'euros					
	CNAM	CNAM-AT	CNAF	CNAV	FSV	RG+FSV
Mesure pouvoir d'achat						
Hausse de CSG	20,5				2,1	22,6
Suppression de cotisation salariale maladie	-4,9					-4,9
Baisse cotisation maladie et famille des travailleurs indépendants	-0,1		-1,6			-1,8
Baisse de cotisation patronale des employeurs publics	-0,9					-0,9
Suppression de la compensation de l'abattement de cotisation maladie des exploitants	-0,4					-0,4
Baisse de la fraction de TVA	-10,2					-10,2
Rétrocession du prélèvement de solidarité					-2,7	-2,7
Autres mesures de transfert	-0,2		0,0			-0,2
Ajustement des fractions de taxe sur les salaires	-1,4		1,4			0,0
Sous-total 1	2,3	0,0	-0,2	0,0	-0,6	1,5
Autres mesures / effets						
Contrecoup de l'affectation à la CNAM des réserves de la section III du FSV	-0,9					-0,9
Contrecoup de la mesure de fait générateur de la taxe sur les véhicules de société			-0,2			-0,2
Relèvement de la fiscalité sur les tabacs	0,5					0,5
Verdissement du barème de la TVS			0,1			0,1
Suppression quatrième tranche de taxe sur les salaires	0,0		-0,1		-0,1	-0,2
Suppression de la cotisation étudiants	-0,2					-0,2
Réforme du mode de financement du fonds CMU (impact sur la part de TSA à la CNAM)	0,2					0,2
Compensation du CITS	0,1		0,2	0,2		0,5
Sous-total 2	-0,3	0,0	0,1	0,2	-0,1	-0,1
Total toutes mesures en recettes	2,0	0,0	-0,1	0,2	-0,7	1,4

Source : DSS/SDEPF/6A

En 2017, les produits de cotisations ont retrouvé un rythme de progression proche de celui de la masse salariale du secteur privé

Les cotisations sociales du régime général sont constituées à près de 80% de cotisations assises sur la masse salariale du secteur privé (cf. graphique 1 de la fiche 1.6). Ainsi, le principal déterminant de leur évolution est la masse salariale de ce secteur. Toutefois, d'autres facteurs altèrent le lien entre ces deux agrégats, en particulier la progression des autres assiettes, les changements de taux et la dynamique des exonérations.

En 2017, la progression des cotisations brutes est répartie à la hausse (+3,5% après +1,0% en 2016 à périmètre constant), au même rythme que celui de la masse salariale du secteur privé (+3,5%). Pourtant, au-delà de la masse salariale, d'autres éléments ont joué sur l'évolution des cotisations, mais les facteurs haussiers et baissiers se sont compensés.

Les principaux facteurs de baisse ont été l'effet en année pleine de la réduction intervenue en cours d'année 2016, des cotisations famille (-1,0 Md€), et la disparition de la recette non pérenne de prélèvement à la source des caisses de congés payés (0,4 Md€ en 2016). La progression des allègements généraux, supérieure à celle de la masse salariale (0,7 point d'écart), a également joué négativement sur la croissance des cotisations.

A l'inverse, la dernière hausse prévue de taux de la cotisation vieillesse décidée en LFSS pour 2014 a majoré les cotisations en 2017 (+0,5 Md€). En outre, la seconde étape de mise en œuvre du protocole PPCR¹ a également soutenu la croissance des cotisations maladie et famille des agents titulaires du secteur public pour un montant sensiblement supérieur à celui de 2016. Enfin, le produit de cotisations du secteur privé appelé en taxation d'office de l'ensemble des branches a été majoré de près de 0,8 Md€². Or ces taxations d'office ne sont, dans la plupart des cas, pas accompagnés d'encaissements³ et sont donc provisionnés quasi intégralement. Ainsi le produit des cotisations sociales net des charges liées au non-recouvrement (CLNR), qui inclut ces provisions, a progressé légèrement moins rapidement (+3,2%).

De manière plus désagrégée, les cotisations de la [branche maladie](#) ont progressé de 3,2% en 2017, freinées par les cotisations des non-salariés qui ont diminué de 15%. La refonte de leur barème de cotisations en LFSS pour 2017 s'est traduite par une perte de recettes de 0,15 Md€. Par ailleurs, la régularisation négative pour la branche maladie (-0,2 Md€) d'un trop perçu de cotisations de micro-entrepreneurs sur la période 2010-2015 a tiré à la baisse les produits. Les cotisations des salariés ont pour leur part fortement progressé en lien avec les effets cités ci-dessus mais également du fait de la hausse du taux patronal maladie de 0,05 point. Cette dernière a eu pour contrepartie une baisse du taux de la branche AT-MP de 0,06 point. Malgré cette mesure, les cotisations de la [branche AT-MP](#) ont été très dynamiques (+3,4%). Outre les effets cités ci-dessus, la branche a vu le niveau des exonérations qui lui sont imputées diminuer (cf. focus sur les exonérations par branche en fin de fiche).

Les rendements de cotisations de la [branche vieillesse](#) ont augmenté de 4,5% en 2017, portés par la hausse de la cotisation dé plafonnée (+0,1 point) prévue dans la LFSS pour 2014.

En dépit de la bonne tenue de la masse salariale privée, la [branche famille](#) a vu ses cotisations diminuer (0,4%), à cause de l'effet en année pleine de l'extension de la baisse de taux aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC, initiée en 2016.

¹ Le protocole « Parcours professionnels, carrière et rémunérations » (PPCR) mis en place en 2016 se traduit notamment par la modification de la structure de rémunération des fonctionnaires. Une partie des primes est basculée en traitement indiciaire, traitement inclus dans l'assiette de calcul des cotisations au contraire des primes. Cela majore donc le niveau de cotisations pour la branche maladie et la branche famille du régime général mais aussi pour les régimes de retraites des fonctionnaires.

² Ce surplus résulte, pour 0,7 Md€, d'une modification des règles de calcul des produits liés aux entreprises taxées d'office, depuis avril 2017. La majoration appliquée a été relevée (25% contre 10% auparavant) ainsi que la base de calcul en l'absence de rémunération connue (application de 2,5 fois le plafond de la sécurité sociale au lieu du SMIC auparavant). Environ 0,16 Md€ sont liés à la sous-estimation du produit à recevoir 2016 qui n'intégrait pas l'échéance d'appel en taxation d'office du début d'année 2017 relative à l'année 2016. Ce surplus de recettes majore ainsi les comptes 2017.

³ La taxation d'office étant intégralement annulée lorsque le cotisant régularise sa situation déclarative.

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

en millions d'euros

		2015	2016	%	2017	%	2017 <i>proforma</i>	%	2018 (p)	%
Ensemble du régime général	Cotisations sur revenus d'activité	193 850	202 754	4,6	209 898	3,5	214 618	5,9	215 174	0,3
	Salariés	190 009	195 195	2,7	202 855	3,9	202 855	3,9	204 554	0,8
	part patronale	151 898	155 638	2,5	161 307	3,6	161 307	3,6	166 639	3,3
	part salariale	38 110	39 557	3,8	41 548	5,0	41 548	5,0	37 915	-8,7
	Non salariés	3 841	7 559	96,8	7 043	-6,8	11 763	++	10 620	-9,7
	Cotisations sur revenus de remplacement	729	853	17,1	854	0,1	854	0,1	874	2,3
	Autres cotisations	970	1 278	31,7	1 411	10,4	1 411	10,4	1 213	-14,0
	Majorations et pénalités	506	661	30,5	682	3,2	744	12,6	772	3,8
	Total brut	196 055	205 546	4,8	212 845	3,6	217 627	5,9	218 033	0,2
	Charges liées au non recouvrement	-1 637	-1 417		-2 138	50,9	-2 240	58,1	-2 676	19,5
	Total net	194 418	204 129	5,0	210 707	3,2	215 387	5,5	215 357	0,0
CNAM - Maladie	Cotisations sur revenus d'activité	76 171	85 341	12,0	88 206	3,4	88 437	3,6	86 635	-2,0
	Salariés	75 793	80 989	6,9	84 413	4,2	84 413	4,2	82 330	-2,5
	part patronale	71 516	76 467	6,9	79 657	4,2	79 657	4,2	82 295	3,3
	part salariale	4 277	4 522	5,7	4 756	5,2	4 756	5,2	35	-99,3
	Non salariés	378	4 352	1051,8	3 793	-12,8	4 024	-7,5	4 305	7
	Cotisations sur revenus de remplacement	729	853	17,1	854	0,1	854	0,1	874	2,3
	Autres cotisations	483	803	66,4	930	15,8	930	15,8	728	-21,7
	Majorations et pénalités	184	276	50,0	276	0,2	276	0,2	286	3,6
	Total brut	77 567	87 273	12,5	90 267	3,4	90 498	3,7	88 523	-2,2
	Charges liées au non recouvrement	-643	-614		-764	24,4	-765	24,7	-993	29,8
	Total net	76 924	86 659	12,7	89 503	3,3	89 733	3,5	87 529	-2,5
CNAV	Cotisations sur revenus d'activité	74 409	76 773	3,2	80 659	5,1	85 148	10,9	88 188	3,6
	Salariés	74 343	76 704	3,2	80 585	5,1	80 585	5,1	83 425	3,5
	part patronale	40 509	41 669	2,9	43 793	5,1	43 793	5,1	45 545	4,0
	part salariale	33 833	35 036	3,6	36 792	5,0	36 792	5,0	37 880	3,0
	Non salariés	66	69	4,1	74	8,1	4 563	++	4 763	4,4
	Autres cotisations	482	468	-2,9	473	1,0	473	1,0	477	0,9
	Majorations et pénalités	190	229	20,4	256	11,7	318	38,8	330	3,9
	Total brut	75 081	77 470	3,2	81 387	5,1	85 938	10,9	88 996	3,6
	Charges liées au non recouvrement	-587	-462		-922	99,8	-1 022	121,4	-1 031	0,9
	Total net	74 494	77 008	3,4	80 465	4,5	84 916	10,3	87 964	3,6
CNAF	Cotisations sur revenus d'activité	32 731	30 056	-8,2	30 082	0,1	30 082	0,1	29 428	-2,2
	Salariés	29 334	26 918	-8,2	26 906	0,0	26 906	0,0	27 876	3,6
	part patronale	29 334	26 918	-8,2	26 906	0,0	26 906	0,0	27 876	3,6
	Non salariés	3 397	3 138	-7,6	3 176	1,2	3 176	1,2	1 552	-51,1
	Majorations et pénalités	103	120	17,3	110	-9,0	110	-9,0	114	3,9
	Total brut	32 834	30 176	-8,1	30 192	0,1	30 192	0,1	29 542	-2,2
	Charges liées au non recouvrement	-323	-39		-178	356,0	-178	356,0	-411	130,3
	Total net	32 511	30 137	-7,3	30 014	-0,4	30 014	-0,4	29 131	-2,9
	Cotisations sur revenus d'activité	12 216	12 276	0,5	12 645	3,0	12 645	3,0	12 570	-0,6
	Salariés	12 216	12 276	0,5	12 645	3,0	12 645	3,0	12 570	-0,6
CNAM - AT	part patronale	12 216	12 276	0,5	12 645	3,0	12 645	3,0	12 570	-0,6
	Autres cotisations	5	6	21,3	8	28,0	8	28,0	8	0,0
	Majorations et pénalités	30	36	20,4	40	12,7	40	12,7	42	3,9
	Total brut	12 251	12 318	0,5	12 693	3,0	12 693	3,0	12 620	-0,6
	Charges liées au non recouvrement	-84	-302		-274	-9,1	-274	-9,1	-241	-12,4
	Total net	12 167	12 016	-1,2	12 419	3,4	12 419	3,4	12 380	-0,3

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : Afin d'assurer la comparabilité des exercices, le compte 2017 est présenté dans cette colonne sur le périmètre RG + ex-RSI. La colonne 2018 se compare donc ensuite au compte 2017 *proforma* qui comprend l'ensemble des cotisations maladie, IJ et vieillesse des travailleurs indépendants.

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

Enfin les montants de cotisations présentés ici ne sont pas consolidés des prises en charge des cotisations du régime général faites par la CNAF pour les employés et personnels de maison dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant.

En 2018, la dynamique des produits de cotisations serait marquée par les mesures en faveur du pouvoir d'achat

La suppression du régime social des indépendants (RSI) en 2018 entraîne un effet de périmètre sur les charges et produits du régime général auquel sont dorénavant affiliés les travailleurs indépendants. L'analyse des cotisations en 2018 proposée dans cette fiche neutralise cet effet de périmètre. Les cotisations des travailleurs indépendants au risque vieillesse de base et la cotisation finançant spécifiquement les indemnités journalières se sont élevées à 4,7 Md€ en 2017.

Les produits de cotisations du régime général seraient quasiment stables en 2018 et s'élèveraient à 215 Md€. Leur stabilité résulte essentiellement des baisses de cotisations venant compenser la hausse de CSG décidée dans le cadre de la mesure d'augmentation du pouvoir d'achat des actifs. Cette mesure se traduirait par une diminution importante des produits de cotisations en 2018. Elle a en effet pour conséquence la suppression des cotisations salariales maladie (-4,9 Md€ en prévision), une diminution du taux de cotisation patronale maladie pour les régimes spéciaux d'entreprise et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (pour un impact estimé à -1,0 Md€) ainsi qu'une diminution des taux de cotisation famille et maladie des travailleurs indépendants (-1,7 Md€). Enfin, les exploitants agricoles verraient leur taux de cotisation famille diminuer et leur taux maladie augmenter dans des proportions comparables, pour un résultat final de -30 M€ sur les rendements de cotisations.

Des facteurs haussiers limiteraient les pertes, notamment une hausse des allègements généraux inférieure à celle de la masse salariale (0,5 point d'écart), ce qui se traduirait par un supplément de cotisations.

Les **cotisations de la branche maladie** diminueraient de 2,4% en conséquence de la mesure de pouvoir d'achat. Les cotisations patronales seraient toutefois dynamiques du fait de la hausse de la cotisation patronale maladie de 0,11 point sur les salariés du secteur privé (y compris agricoles) et les particuliers employeurs. Les cotisations non-salariales seraient soutenues par le contrecoup de la régularisation intervenue sur les micro-entrepreneurs en 2017. Les autres cotisations diminueraient fortement en raison de la suppression de la cotisation des étudiants (-0,2 Md€). Comme en 2017, la hausse de cotisation patronale maladie aurait pour contrepartie une baisse de **la cotisation AT-MP** de 0,1 point, entraînant une diminution des produits de cotisations pour cette branche.

La baisse de **cotisation famille** des non-salariés expliquerait intégralement la baisse des recettes de cotisations de la branche famille. Les recettes de **cotisations vieillesse** seraient en hausse de 3,5%.

Les cotisations des salariées évolueraient moins rapidement que la masse salariale du fait d'un effet plafond négatif (cf. fiche 1.5). Les cotisations des non-salariés seraient majorées par l'affiliation au régime général des nouveaux micro-entrepreneurs relevant de professions libérales dites « non réglementées » ; ces cotisants auraient, avant la LFSS pour 2018, été affiliés à la CNAVPL).

Un élargissement du champ des exonérations compensées en 2017

La plupart des exonérations et allègements de cotisations sont compensés par l'affectation de recettes fiscales ou dotations budgétaires de l'Etat

Les pertes de recettes pour la sécurité sociale liées aux allègements et exonérations de cotisations¹ font, pour la plupart, l'objet d'une compensation financière qui peut prendre plusieurs formes.

Les exonérations ciblées de cotisations font majoritairement l'objet d'une **compensation intégrale par l'État, via des dotations budgétaires** ou par **l'attribution d'une fraction de TVA nette**, notamment pour les allègements en faveur de l'emploi à domicile (déductions forfaitaires) jusqu'en 2015 et pour l'exonération de 7 points du taux de cotisation des exploitants agricoles en 2016. Les allègements généraux en faveur des bas salaires, qui représentent les trois quarts de l'ensemble des exonérations de cotisations, sont compensés, depuis 2011, par l'affectation de **recettes fiscales** réparties entre les branches. La dynamique propre à chacune de ces taxes induit des évolutions différentes des recettes affectées à chaque branche bénéficiaire, et ne reflète donc pas nécessairement la dynamique des exonérations.

¹ Ces dispositifs sont présentés en détail dans la fiche 1.3.

Encadré 1 • Valeur de point de cotisation

En 2017, la valeur d'un point de cotisation déplafonnée est comprise entre 6,0 Md€ et 8,1 Md€ selon les branches. Le rendement d'un point de cotisation déplafonnée sur le champ des branches vieillesse et AT-MP s'est élevé à 6,0 Md€ en 2017. Un point de cotisation retraite plafonnée sur le même champ équivaut à 5,0 Md€ de recettes (cf. tableau 2). La valeur d'un point de cotisation maladie et famille est par définition plus élevée car le champ des assurés relevant de ces branches est plus large que celui des assurés des branches AT-MP et vieillesse. Ces branches sont universelles, elles couvrent l'ensemble des actifs. La valeur de point pour les branches maladie et famille s'établit ainsi à 8,1 Md€ en 2017.

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

	en millions d'euros		
	2016	2017	2018 (p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	5 750	5 970	6 190
Vieillesse plafonnée (1)	4 820	5 020	5 190
Maladie et Famille (2)	7 890	8 110	8 370

Champ : (1) : salariés du secteur privé + non titulaires de la fonction publique + employés et personnel de maison + à partir de 2017 la branche vieillesse des travailleurs indépendants. (2) : (1) + fonctionnaires civils + industries électriques et gazières + praticiens et auxiliaires médicaux + à partir de 2016 : salariés et exploitants agricoles + travailleurs indépendants pour la branche maladie + autres régimes spéciaux (RATP, SNCF, CAVIMAC, ENIM, CANNISM, CAVIMAC, CRPCEN, CNMSS).

Note : ces valeurs indiquent les variations de recettes du régime général induites par la variation d'un point du taux de cotisation. Elles supposent une compensation intégrale de la hausse des exonérations compensées induites par la hausse de taux (y compris des allègements généraux sur les bas salaires). En cas de barème de cotisations progressif, le taux retenu pour le calcul de la valeur de point est le taux le plus élevé du barème.

Tableau 3 • Cotisations du régime général prises en charge par l'Etat (exonérations compensées par dotations budgétaires) et exonérations compensées par affectation de TVA nette

	en millions d'euros					
	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)
CNAM	1 327	2 022	++	3 049	++	3 061
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	342	368	7,6	480	40,1	480
Allègements en faveur de zones géographiques	531	538	1,4	567	14,9	572
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	170	191	12,5	943	++	943
Autres exonérations	81	280	++	375	++	381
Exonérations heures supplémentaires (TEPA)	203	199	- 1,8	237	28,5	237
Compensation de la baisse du taux maladie des exploitants agricoles		445		447	0,5	447
CNAV	1 064	1 165	9,5	1 940	++	2 081
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	432	439	1,5	528	20,2	528
Allègements en faveur de zones géographiques	410	384	- 6,3	410	6,7	469
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	17	140	++	745	++	745
Autres exonérations	55	58	5,3	80	38,2	162
Exonérations heures supplémentaires (TEPA)	151	146	- 3,5	178	22,4	178
CNAF	480	498	3,9	852	++	852
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	97	98	0,8	129	31,7	129
Allègements en faveur de zones géographiques	205	184	- 10,0	185	0,3	185
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	9	71	++	334	++	334
Autres exonérations	95	89	- 5,8	133	49,1	133
Exonérations heures supplémentaires (TEPA)	74	55	- 25,3	70	26,5	70
CNAM-AT	98	106	8,6	44	--	44
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1	1	- 25	1	23	1
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	2	30	++	29	- 1,2	29
Exonérations heures supplémentaires (TEPA)	95	76	- 20	13	--	13
Total	2 968	3 792	27,7	5 884	++	6 037
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	873	906	3,8	1 137	29,3	1 137
Allègements en faveur de zones géographiques	1 145	1 106	- 3,4	1 161	9,4	1 225
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	197	432	++	2 052	++	2 052
Autres exonérations	231	427	++	587	++	676
Exonérations heures supplémentaires (TEPA)	523	476	- 9,0	499	8,2	499
Compensation de la baisse du taux maladie des exploitants agricoles		445		447		447
Total des exonérations compensées (hors allègements généraux) :	2 968	3 792	27,7	5 884	++	6 037
Total des exonérations compensées par dotations budgétaires	2 771	3 347	20,8	5 884	++	6 037
Total des exonérations compensées par TVA nette*	197	445	++			

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : Les montants indiqués dans ce tableau correspondent aux dotations budgétaires et exonérations compensées par TVA nettes enregistrées dans les comptes des régimes entre 2015 et 2017. Ils ne peuvent pas être comparés aux montants des exonérations indiqués dans la fiche 1.3 qui sont retraités, de sorte à rattacher l'exonération à la période d'emploi afin d'analyser correctement les dispositifs d'exonération. Les données 2018 sont en revanche identiques, car il s'agit de prévisions, la dotation prévue correspond donc bien au montant estimé de l'exonération.

* Le coût des exonérations compensées par de la TVA nette présenté ici peut différer du montant de TVA inscrit dans les comptes des organismes, en raison du mode de compensation qui se fait en encaissements/décaissements, alors que les comptes des organismes sont présentés en droits constatés. Les écarts entre ces deux montants donnent lieu à la constitution d'une dette ou d'une créance entre l'Etat et la sécurité sociale.

Plus de 22 Md€ d'allègements généraux de cotisations en faveur des bas salaires

En 2017, les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires se sont élevés à 22,5 Md€, dont 22,0 Md€ portent sur les cotisations du régime général (cf. fiche 1.3), en augmentation de 4,1% par rapport à l'année précédente. En 2018, les allègements généraux progresseraient de 3,4%.

La dynamique tendancielle des allègements résulte théoriquement de la combinaison de deux effets : l'évolution de l'emploi et l'évolution relative du salaire moyen par rapport au SMIC. Une croissance des salaires plus forte que celle du salaire minimum a un effet mécanique baissier sur le montant global des allègements en raison de la dégressivité du barème. Néanmoins, l'amélioration de la situation sur le marché de l'emploi s'étant concentrée sur les emplois à bas salaires en 2016 et 2017, elle a poussé à la hausse les allègements généraux. Cet effet devrait s'estomper en 2018, avec une progression de l'emploi qui serait moins concentrée sur les bas salaires.

L'année 2017 a vu l'apparition de nouvelles compensations d'exonérations en contrepartie des effets du pacte de responsabilité et de transferts de dépenses de l'Etat

En 2017, les cotisations compensées par dotation budgétaire de l'Etat ont progressé fortement pour atteindre 5,9 Md€. Cette hausse résulte de la prise en charge par l'Etat de nouvelles exonérations, votées dans les lois financières pour 2017 et de la compensation par ce biais de la baisse de sept points du taux maladie des exploitants agricoles, pour un montant de 450 M€. Ces compensations nouvelles participent aux contreparties pour la sécurité sociale des pertes de recettes liées au pacte de responsabilité ou aux transferts de dépenses en provenance du budget de l'Etat (cf. fiche 3.1). A partir de 2017, les exonérations pour les aides à domicile employées par une association, une entreprise ou un particulier considéré comme fragile¹, celles en faveur de chômeurs créateurs d'entreprises, d'arbitres sportifs, et celles concernant les ateliers et chantiers d'insertion sont compensées directement par l'Etat, comme c'est également le cas des autres dispositifs d'exonérations ciblés. L'ensemble de ces exonérations nouvellement compensées a représenté un surcroît de cotisations prises en charge par l'Etat de 2,05 Md€ pour le régime général.

En 2018, les cotisations compensées seraient de 5,8 Md€, en diminution de 3,8%. Cette diminution masque des évolutions contrastées entre les branches maladie et vieillesse du régime général, décrites ci-dessous.

- Les cotisations compensées par l'Etat pour la branche maladie (3,1 Md€ en 2017) ont représenté 52% des exonérations compensées. Elles ont fortement augmenté en 2017 car la perte de cotisations pour la branche maladie, en application d'un abattement de 7 points du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles en 2016, a été compensée en 2017 par une dotation budgétaire (alors qu'elle l'était auparavant par affectation de produits de TVA). Cette hausse provient également des mesures de compensations de nouvelles exonérations évoquées ci-dessus. En 2018, la suppression de l'abattement de cotisations maladie des exploitants agricoles (au profit d'un alignement sur le barème des autres travailleurs indépendants) conduirait les compensations d'exonération de la branche maladie à se contracter de 12,7%.
- Les cotisations prises en charge par l'Etat pour la branche vieillesse ont fortement progressé pour s'établir à 1,9 Md€ en 2017 (soit 33% des exonérations compensées). En 2018, la forte hausse de la compensation de l'exonération ACCRE conduirait à une nouvelle augmentation des cotisations prise en charge.
- Les cotisations prises en charge par l'Etat pour la branche famille (14% des exonérations compensées en 2017) ont augmenté de manière importante en écho à l'élargissement du champ de la compensation des exonérations. Elles seraient en diminution en 2018 (-3,1%), en lien avec la contraction des exonérations sur les travailleurs indépendants.
- La branche accidents du travail a vu son montant d'exonérations compensées par dotation budgétaire fortement chuter en 2017 (de 106 à 44 M€, soit -58%). Cette diminution a pour cause une modification des clés de répartition entre branches de l'exonération au titre des heures supplémentaires, intervenue en 2017² mais elle est sans impact sur le solde de la branche puisque des ajustements symétriques ont été opérés sur la répartition des compensations de ces exonérations par l'Etat.

¹ Personnes âgées de 70 ans ou plus, titulaires de la PCH, de la PSD, d'une pension d'invalidité de catégorie 3, GIR 1 à 4... (conditions non cumulatives).

² Une modification qui vise à éviter que le cumul des dispositifs ne conduise à comptabiliser dans certains cas particuliers des montants d'exonérations supérieurs aux cotisations dues à la branche AT-MP

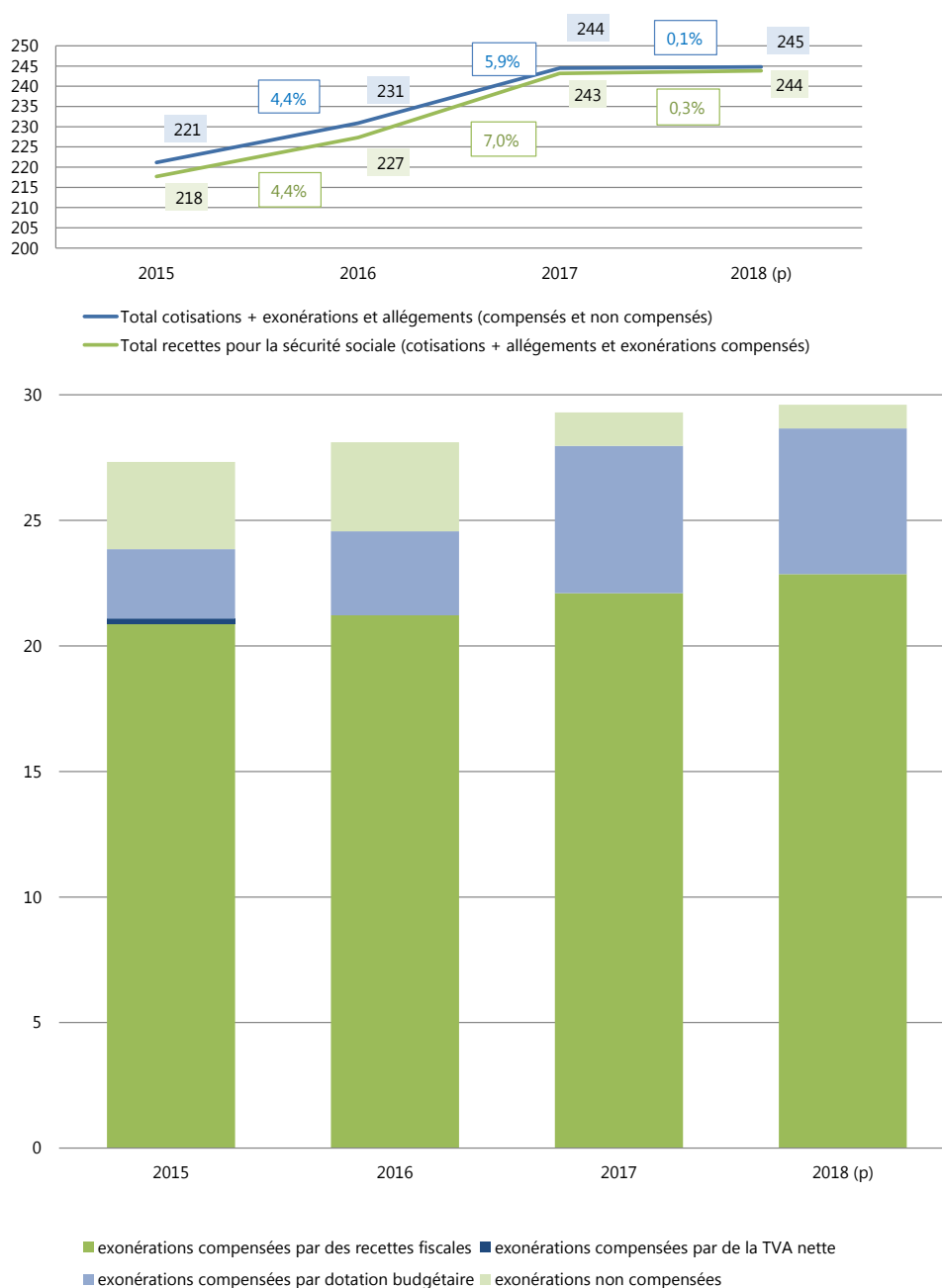
Encadré 2 • Les exonérations non compensées

Les exonérations non compensées (1,3 Md€ en 2017) ont constitué 4,5% de l'ensemble des exonérations, en forte diminution de 62,5%. Cette contraction est la conséquence de la compensation par l'Etat, à compter de 2017, d'une part significative de ces exonérations. Le poids de ces exonérations diminuerait à nouveau en 2018 pour ne représenter que 3,2% de l'ensemble des allègements. La perte nette de recettes associée à l'absence de compensation représenterait alors 0,9 Md€ pour la sécurité sociale.

Cette baisse résulterait de la diminution du nombre de contrats aidés. Les dispositifs qui ne font l'objet d'aucune compensation en 2018 concernent les contrats de sécurisation professionnelle, les contrats uniques d'insertion et emplois d'avenir, les exonérations en faveur des stagiaires et apprentis ainsi que les aides en faveur de jeunes chefs d'exploitations agricoles.

Graphique 1 • Evolution de l'agrégat constitué des cotisations et des exonérations de cotisations et évolution de la structure des exemptions de cotisations selon le type de compensation

en milliards d'euros



Source : DSS/SDEPF/6A

1.3 Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi

En 2017, le coût total des mesures en faveur de l'emploi (allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, application de taux réduits de cotisation et mesures d'exonérations ciblées) s'est établi à 38,4 Md€, en hausse de 5,5% par rapport à 2016 (sur le périmètre du régime général incluant, pour la maladie, le champ de la protection universelle maladie ou Puma¹). Cette hausse a été portée par l'application en année pleine de la baisse de 1,8 point du taux de cotisation d'allocations familiales intervenue le 1^{er} avril 2016, mais aussi par le dynamisme des allègements généraux sur les bas salaires, les exonérations ciblées étant en baisse (cf. tableau 1).

En 2018, les allègements généraux progresseraient fortement suite à la baisse des cotisations famille et au renforcement de l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, en contrepartie de la hausse du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point, ce qui se traduirait par un coût supplémentaire de l'ordre de 1,8 Md€. Par ailleurs, la croissance des exonérations serait également soutenue par celle des allègements sur les bas salaires (+3,4%) alors qu'à l'inverse, les exonérations ciblées poursuivraient leur baisse (-8,3%).

Les allègements généraux progresseraient fortement en 2017 et 2018, sous l'effet des mesures de réduction de taux de cotisations sociales

La réduction générale de cotisations sur les bas salaires consiste en une exonération dégressive de cotisations patronales de sécurité sociale pour les salaires entre 1 SMIC et 1,6 SMIC. En 2017, les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires se sont élevés à 22,5 Md€, en augmentation de 4,1% par rapport à l'année précédente. En 2018, leur croissance atteindrait 3,4%.

A droit constant, la dynamique spontanée de la réduction générale est portée par l'évolution de la masse salariale (+3,5% en 2017), mais en tenant compte de l'écart entre la croissance du SMIC et la progression du salaire moyen (SMPT). En effet, lorsque le salaire moyen croît plus rapidement que le SMIC, les effectifs de salariés ouvrant droit aux allègements progressent relativement moins vite que l'emploi salarié global, modérant ainsi la progression du montant des exonérations. Ce fut le cas en 2017 avec une croissance du SMPT de 2,0% contre une revalorisation de 0,9% du SMIC. Cet effet a toutefois été tempéré par la reprise de l'emploi qui s'est davantage concentrée sur les bas salaires, avec un effet haussier sur les allègements. En 2018, la prévision retient l'hypothèse d'une répartition des créations nettes d'emplois plus homogènes qu'en 2017. De plus, le salaire moyen (+2,4%) continuerait de croître plus rapidement que le SMIC (+1,2%) ramenant ainsi la progression de la réduction générale de cotisations sur les bas salaires à +3,4% malgré une évolution de la masse salariale de +3,9%.

Le second volet du pacte de responsabilité a étendu, à compter du 1^{er} avril 2016, l'application de la réduction de 1,8 point du taux de cotisation patronale d'allocations familiales aux salaires allant jusqu'à 3,5 SMIC (la plage des rémunérations concernées était jusqu'alors limitée à 1,6 SMIC), conduisant à un accroissement du montant des allègements de 2,9 Md€ en 2016. En 2017, la mesure jouant sur un trimestre de plus qu'en 2016, le montant total des dispositifs de réduction du taux de cotisation d'allocations familiales a été porté à 7,6 Md€. En 2018, ce montant progresserait de 3,8%, en ligne avec l'évolution de la masse salariale.

Pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, le pacte de responsabilité a limité, dès 2015, à 2,15% le taux de cotisation familiale pour les revenus inférieurs ou égaux à 110% du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), ce taux augmentant ensuite linéairement pour retrouver le niveau de 5,25% lorsque les revenus sont équivalents à 140% du PASS. Cette mesure, qui a réduit d'environ 1 Md€ le montant des cotisations dues par les travailleurs indépendants a été renforcée en 2018 par la baisse de 2,15 points du taux de la cotisation familiale pour tous les travailleurs indépendants, représentant un coût supplémentaire de 1,6 Md€.

¹ Le montant total des allègements généraux commenté dans cette fiche intègre également la contribution au FNAL et la contribution de solidarité additionnelle (CSA)

Tableau 1 • Evolution des montants des allègements généraux et des exonérations ciblées sur le champ du régime général

En millions d'euros

	2015	2016*	%	2017	%	2017 pro forma**	2018	%
ALLEGEMENTS GENERAUX	25 447	29 116	14,4	31 209	7,2	31 209	34 468	10,4
Total des allègements renforcés dans le cadre du pacte de responsabilité (y compris CNSA et FNAL)	20 880	21 645	3,7	22 523	4,1	22 523	23 285	3,4
Dont réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale sur le champ du régime général	20 357	21 116	3,7	21 974	4,1	21 974	22 716	3,4
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales des salariés	3 589	6 498	++	7 567	16,5	7 567	7 857	3,8
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales travailleurs indépendants	978	974	-0,4	970	-0,4	970	2 566	++
Baisse du taux de cotisations maladie des travailleurs indépendants				150		150	760	++
EXONERATIONS CIBLEES	6 240	7 296	16,9	7 206	-1,2	7 391	6 776	-8,3
Dont mesures compensées	2 890	3 763	30,2	5 874	++	6 058	5 828	-3,8
Dont mesures non compensées	3 350	3 533	5,5	1 333	--	1 333	948	-28,9
COUT TOTAL DES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI SUR LE CHAMP DU REGIME GENERAL	31 687	36 413	14,9	38 416	5,5	38 600	41 243	6,8

Source : DSS/SDEPF/6A-6C à partir de données fournies par l'ACOSS et les régimes de sécurité sociale

* Les montants pour 2016 ne sont pas directement comparables à ceux de 2015, le champ de la branche maladie du régime général intégrant depuis la mise en place de PUMa en 2016 l'essentiel des charges et des produits des autres régimes maladie (cf. encadré 2 du rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2017).

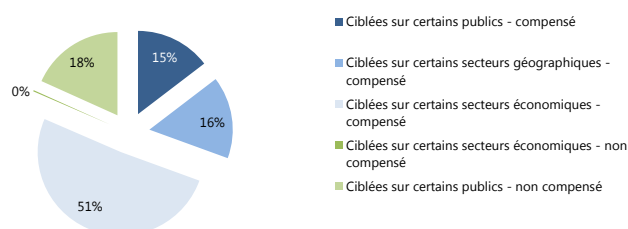
** L'intégration des travailleurs indépendants au régime général se traduit par une hausse de l'ordre de 0,2 Md € des exonérations sur le champ du régime général en 2018. Afin de faciliter la comparaison entre exercices, le compte 2017 est aussi présenté sur un périmètre comparable à celui de 2018.

Tableau 2 • Contribution des mesures d'exonérations ciblées principalement déterminantes pour les évolutions de 2017 et 2018

	2017	2018 (p)
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS PUBLICS	-1,9	-3,1
Dont mesures compensées	0,4	0,7
Contrat d'apprentissage	0,4	0,7
Contrat de professionnalisation et contrats de formation agricole	0,0	0,1
Dont mesures compensées à partir de 2017	-0,1	1,4
Aide aux chômeurs créateurs repreneurs d'entreprise (dt cumul Auto-entr-ACCRES)	-0,1	1,4
Dont mesures non compensées	-2,2	-5,2
Stagiaires en milieu professionnel	0,0	0,1
Apprentissage Loi de 1979 - Vieillesse non compensée	0,0	0,1
Contrat d'accompagnement dans l'emploi / Contrat unique (dont ACI hors CDD)	-1,3	-3,2
Emplois d'avenir	-0,8	-2,0
Contrat de sécurisation professionnelle	-0,3	-0,1
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS ECONOMIQUES	0,0	-4,9
Dont mesures compensées	1,3	-5,9
Déductions sur les heures supplémentaires (entreprises de moins 20 salariés)	0,3	0,1
Déduction forfaitaire service à la personne	0,4	-0,1
Baisse du taux de cotisations maladie des exploitants agricoles	0,0	-6,1
Exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	0,2	0,0
Jeunes entreprises innovantes	0,3	0,0
Exonération de cotisations AF pour les entreprises maritimes	0,1	0,0
Dont mesures compensées à partir de 2017	-1,3	1,0
Exonération Ateliers chantiers d'insertion - ACI en CDDI	-0,1	0,1
Aide à domicile employée par un particulier fragile	-1,3	1,1
Aide à domicile employée par une assoc. ou une entreprise auprès d'une pers. fragile	0,1	-0,2
Dont mesures non compensées	0,0	0,0
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS GEOGRAPHIQUES	0,6	-0,3
Dont mesures compensées	0,6	-0,3
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR)	-0,1	0,1
Création d'emplois en Zones Franches Urbaines (ZFU)	-0,2	-0,2
Contrat d'accès à l'emploi en outre mer	-0,2	0,0
Entreprises en outre mer	1,3	0,3
Travailleurs indépendants implantés en outre mer	-0,2	-0,4
MESURES CIBLEES NON COMPENSEES	-30,2	-5,2
TOTAL DES EXONERATIONS CIBLEES	-1,2	-8,3

Source : DSS/SDEPF/6A-6C à partir de données fournies par l'ACOSS et les régimes de sécurité sociale

Graphique 1 • Structure des exonérations ciblées en 2017



Source : DSS/SDEPF/6A-6C à partir de données fournies par l'ACOSS et les régimes de sécurité sociale

Par ailleurs, la LFSS pour 2017 a instauré une modulation du taux de cotisation maladie pour les travailleurs indépendants à revenus modestes, avec un taux progressif de 3% à 6,5% pour les revenus inférieurs à 70% du PASS (+150 M€). La LFSS pour 2018 a accentué la progressivité de la cotisation maladie en limitant à 1,5% son taux sur les plus bas revenus, et en étendant le bénéfice de cette baisse de taux aux revenus inférieurs à 110% du PASS. Le taux de cotisation maladie des exploitants agricoles a également été aligné sur celui des travailleurs indépendants en 2018, en remplacement de la réduction de 7 points du taux de cotisations d'assurance maladie dont ils bénéficiaient depuis 2016, pour un montant de l'ordre de 0,5 Md€ en 2017. Au total, l'ensemble des mesures de réduction de taux représenterait 3,3 Md€ sur le champ des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles en 2018.

La baisse des exonérations ciblées s'accélérerait en 2018

Les exonérations accordées dans le cadre des dispositifs ciblés¹ se sont élevées à 7,2 Md€ (-1,2%) en 2017. La LFSS pour 2017 ayant programmé l'affectation de nouvelles dotations budgétaires pour des dispositifs d'exonération auparavant non compensés (pour un montant de 1,9 Md€), en contrepartie des baisses de recettes consécutives au pacte de responsabilité et de transferts de dépenses de l'Etat à la sécurité sociale (cf. fiche 1.2), le montant des exonérations ciblées compensées a fortement augmenté en 2017. En 2018, l'ensemble des exonérations ciblées (compensées et non compensées) baisserait nettement (-8,3% par rapport au montant 2017 *pro forma* qui intègre les exonérations de cotisations de retraite des artisans et commerçants).

Les mesures ciblant des publics particuliers poursuivraient leur baisse en 2018 (-9,2% en 2018, après -5,4% en 2017). Ces évolutions s'expliquent par la baisse des entrées dans les *contrats d'accompagnement dans l'emploi*, les *contrats uniques d'insertion* et les *emplois d'avenir* en 2017 et 2018, alors que les exonérations au titre de l'apprentissage resteraient dynamiques en 2018. Par ailleurs, les exonérations en faveur des *demandeurs d'emploi créant ou reprenant une entreprise (dispositif ACCRE)*, compensées depuis 2017, progresseraient fortement en 2018, les produits à recevoir (PAR) comptabilisés fin 2017 ayant été sous-estimés. Le rebond prévu en 2018 s'explique par le contrecoup de la sous-estimation des PAR 2017 ainsi que par l'intégration de certaines professions de la CNAVPL au régime général en 2018.

Les exonérations orientées vers des secteurs économiques spécifiques sont restées stables en 2017 mais les évolutions des différents dispositifs ont été contrastées. Les exonérations au titre des heures supplémentaires ont progressé de 4,6% en 2017 en raison de la hausse des effectifs concernés. De même, les exonérations relatives à la déduction forfaitaire pour les particuliers employeurs, qui avaient fortement progressé en 2016 suite à l'effet en année pleine de l'extension à compter du 1^{er} décembre 2015 de la déduction forfaitaire de 2 € par heure à l'ensemble des activités de l'emploi à domicile (et non plus seulement la garde d'enfant), ont continué à croître à un rythme soutenu en 2017 (+7,4%).

A l'inverse, les montants comptabilisés au titre de la compensation des exonérations « *aide à domicile employé par un particulier fragile* » ont été ponctuellement faibles en 2017, en raison d'une sous-estimation des PAR (produisant mécaniquement un rebond en 2018).

En 2018, les exonérations orientées vers des secteurs économiques spécifiques seraient en forte baisse (-9,9%), compte tenu de la suppression de l'exonération spécifique de cotisations maladie en faveur des exploitants agricoles, au profit d'un alignement sur celles des travailleurs indépendants.

Le coût des exonérations en faveur de zones géographiques particulières a augmenté en 2017 (+4,1%) mais repartirait à la baisse en 2018 (-1,8%). La hausse observée en 2017 s'explique par le contrecoup d'une surestimation des exonérations comptabilisées en 2015 au titre des entreprises implantées en outre-mer, qui avait entraîné une correction à la baisse sur les montants comptabilisés en 2016. Le montant de ces exonérations augmenterait en 2018, mais à un rythme plus modéré (+2,4%). Enfin, compte tenu de la fermeture progressive, depuis 2014, du *dispositif applicable aux zones franches urbaines (ZFU)*, leur montant a diminué de 17 M€ en 2017 et se réduirait encore en 2018 pour atteindre 24 M€.

¹ Les modalités d'application de l'ensemble des mesures d'exonérations présentées ici sont détaillées dans l'annexe 5 au PLFSS.

Tableau 3 • Montant des principales mesures d'exonérations ciblées entre 2015 et 2018

En millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2017 pro forma	2018	%
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS PUBLICS	2 280	2 505	9,9	2 369	-5,4	2 494	2 265	-9,2
Dont mesures compensées	862	891	3,4	922	3,5	922	977	6,0
Contrat d'apprentissage	835	871	4,2	900	3,4	900	948	5,4
Contrat de professionnalisation et contrats de formation agricole	10	10	-5,1	11	17,7	11	17	++
Structures d'aide sociale (CHRS / Emmaüs)	11	11	1,2	11	-1,2	11	12	8,0
Auto-entrepreneur / Régime micro social simplifié	6	0	--	0		0	0	
Dont mesures compensées à partir 2017	28	137	++	131	-4,3	256	356	39,1
Aide aux chômeurs créateurs repreneurs d'entreprise (dt cumul Auto-entr-ACCRES)	28	137	++	131	-4,3	256	356	39,1
Dont mesures non compensées	1 390	1 477	6,3	1 316	-10,9	1 316	932	-29,2
Stagiaires en milieu professionnel	99	104	5,4	108	3,4	108	114	5,8
Apprentissage Loi de 1979 - Vieillesse non compensée	96	99	3,4	102	3,1	102	108	5,9
Contrat d'accompagnement dans l'emploi / Contrat unique (dont ACI hors CDDI)	687	736	7,2	645	-12,4	645	406	-37,1
Emplois d'avenir	423	454	7,2	397	-12,4	397	250	-37,1
Contrat de sécurisation professionnelle	85	84	-1,1	64	-23,6	64	54	-15,9
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS ECONOMIQUES	2 816	3 686	30,9	3 688	0,0	3 688	3 324	-9,9
Dont mesures compensées	884	1 767	++	1 861	5,3	1 861	1 424	-23,5
Déductions sur les heures supplémentaires (entreprises de moins 20 salariés)	447	476	6,3	498	4,6	498	508	2,1
Déduction forfaitaire service à la personne	199	405	++	435	7,4	435	431	-1,0
Baisse du taux de cotisations maladie des exploitants agricoles	447	445		447	0,5	447	0	
Exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	48	226	++	239	5,8	239	239	-0,2
Jeunes entreprises innovantes	167	174	4,1	195	12,3	195	195	0,1
Exonération de cotisations AF pour les entreprises maritimes	7	24	++	29	21,3	29	27	
Porteurs de presse	16	14	-9,6	15	5,5	15	15	-2,5
Contribution diffuseur MDA	0,0	2,7		2,0		2,0	7,8	
Dont mesures compensées à partir de 2017	1 926	1 902	-1,2	1 810	-4,8	1 810	1 884	4,1
Associations intermédiaires	79	80	0,3	79	-1,1	79	78	-1,3
Exonération Ateliers chantiers d'insertion - ACI en CDDI	153	123	-19,4	119	-4,0	119	124	4,4
Aide à domicile employée par un particulier fragile	867	861	-0,8	767	-10,8	767	850	10,8
Aide à domicile employée par une assoc. ou une entreprise auprès d'une pers. fragile	827	838	1,4	845	0,8	845	833	-1,5
Dont mesures non compensées	5	17	++	17	0,0	17	16	-3,5
Exonération en faveur de jeunes chefs d'exploitations agricoles	5	17	++	17	0,0	17	16	-3,5
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS GEOGRAPHIQUES	1 144	1 105	-3,4	1 149	4,1	1 209	1 187	-1,8
Dont mesures compensées	1 144	1 105	-3,4	1 149	4,1	1 209	1 187	-1,8
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR)	102	106	3,9	98	-7,5	98	103	5,1
Création d'emplois en Zones Franches Urbaines (ZFU)	68	56	-17,3	39	-29,8	39	24	--
Bassins d'emploi à redynamiser (BER)	19	18	-6,3	16	-12,3	16	17	4,4
Contrat d'accès à l'emploi en outre mer	22	19	-15,0	5	--	5	2	--
Entreprises en outre mer	896	831	-7,3	929	11,8	929	952	2,4
Travailleurs indépendants implantés en outre mer	31	71	++	60	-15,5	119	87	-26,7
Zones de restructuration de la défense (ZRD)	4	3	-25,5	2	-35,6	2	2	-15,5
MESURES CIBLEES COMPENSEES	2 890	3 763	30,2	5 874	++	6 058	5 828	-3,8
MESURES CIBLEES NON COMPENSEES	3 350	3 533	5,5	1 333	--	1 333	948	-28,9
TOTAL DES EXONERATIONS CIBLEES	6 240	7 296	16,9	7 206	-1,2	7 391	6 776	-8,3

Source : DSS/SDEPF/6A-6C à partir de données fournies par l'ACOSS et les régimes de sécurité sociale

En 2017 la croissance du rendement global de la CSG est limitée par le contrecoup du produit exceptionnel de 2016 et d'une mesure favorable aux retraités

Le rendement de la CSG brute s'est élevé à 99,4 Md€ en 2017 pour l'ensemble de ses attributaires (régimes de base, FSV et CADES), en augmentation de 2,0% par rapport à 2016 (cf. tableau 1). L'évolution du rendement de la CSG est principalement déterminée par celles de la masse salariale du secteur privé et des pensions versées par les régimes d'assurance vieillesse en raison de leur poids dans l'assiette. Les revenus d'activité représentent en effet 70% de l'assiette de la CSG et les revenus de remplacement près de 20%.

La « CSG activité » a progressé de 1,8% en 2017 (cf. tableau 2), bien moins rapidement que la masse salariale du secteur privé (+3,6%). Cela s'explique par la disparition du produit exceptionnel de CSG de 0,7 Md€ comptabilisé en 2016 et du produit issu du prélèvement à la source des caisses de congés payés initié en 2015.

La « CSG remplacement » a crû en 2017 de 1,4%, un rythme inférieur à 2016 (+1,8%). L'écart entre l'évolution de la « CSG remplacement » et celle des pensions de retraite (de l'ordre de +2% en 2016 et 2017) s'est donc accentué en 2017, en raison du relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG des retraités, à la fois au taux réduit et au taux plein, décidé en LFSS pour 2017. Au total, cette mesure a conduit à une perte de rendement estimée à 0,3 Md€.

Le rendement de la CSG assise sur les revenus du capital a augmenté de 4% en 2017 bénéficiant de la bonne tenue des revenus de placement, plus dynamiques que les revenus du patrimoine (cf. fiche 1.9).

Le rendement de la CSG augmente très fortement en 2018 en raison de la hausse de son taux

En 2018, le rendement de la CSG nette serait de 124,8 Md€ en hausse de 25,2% par rapport à 2017. Cette hausse résulte de l'augmentation du taux de 1,7 point en contrepartie de la suppression de certaines cotisations sociales dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs salariés décidée en LFSS. L'augmentation de 1,7 point du taux de CSG s'applique à l'ensemble des revenus d'activité, du capital, des jeux ainsi qu'à la majorité des revenus de remplacement (à l'exception des allocations chômage, des indemnités journalières et des pensions assujetties à taux réduit). Elle génère un supplément de rendement de 22,5 Md€, dont 16,1 Md€ sur l'activité, 4,3 Md€ sur le remplacement et 2 Md€ sur le capital.

Hors mesure de hausse de taux, la croissance spontanée de la « CSG activité » serait de 3,1%. La bonne tenue de la masse salariale du secteur privé (+3,9%) serait légèrement atténuée par l'évolution moins dynamique de la masse salariale du secteur public et des revenus des travailleurs indépendants. La « CSG remplacement » augmenterait spontanément de 2,9%, en ligne avec la croissance des pensions de retraites (+2,7%).

La croissance spontanée de la CSG assises sur les revenus du capital serait de 2%. Les revenus du patrimoine demeureraient dynamiques (+4,7%), tandis que les revenus de placements seraient en recul (-1,2%, cf. fiche 1.9).

La répartition de la CSG entre affectataires a été profondément modifiée depuis 2016

Entre 2015 et 2016 la répartition de la CSG par affectataire a été profondément modifiée. La CNSA n'est plus attributaire de CSG à compter de 2016, le FSV n'est plus attributaire que des produits assis sur les revenus du capital, la branche maladie et la branche famille sont attributaires des rendements assis sur les revenus d'activité, de remplacement et des jeux ; seule la CADES reste attributaire de la CSG toutes assiettes confondues (cf. tableau 3). Ainsi, en 2017, l'évolution des produits de CSG perçus par chacun des affectataires est contrastée. Le produit de la branche famille a ainsi augmenté de 2,6% tandis que celui de la branche maladie s'établit à +1,3%, en raison du contrecoup du produit exceptionnel enregistré en 2016. La part affectée au FSV est en croissance rapide (+6,0%) du fait du dynamisme des revenus de placement.

En 2018, la CSG de la branche maladie (+31,8%) et du FSV (+21,9%) augmenterait fortement, ces deux organismes étant les seuls bénéficiaires de la hausse du taux (le FSV sur les revenus du capital et la CNAM sur les autres assiettes). La CSG des autres attributaires (CNAF et CADES) augmenterait au rythme de l'évolution spontanée des différentes assiettes de ce prélèvement.

Tableau 1 • Rendement de la CSG par attributaire*

	en millions d'euros								
	2015	%	2016	%	2017	%	Structure 2017	2018 (p)	%
Branche maladie	65 751	2,7	70 228	6,8	71 152	1,3	72%	93 794	31,8
Branche famille	11 124	2,3	9 951	-10,5	10 212	2,6	10%	10 552	3,3
Régimes de base	76 875	2,7	80 180	4,3	81 364	1,5	82%	104 346	28,2
FSV	10 834	-1,9	9 489	-12,4	10 059	6,0	10%	12 267	21,9
Régimes de base et FSV	87 709	2,1	89 668	2,2	91 423	2,0	92%	116 612	27,6
CNSA	1 281	77,0	-1	-100,1	-1			0	
CADES	6 072	4,1	7 786	28,2	7 970	2,4	8%	8 163	2,4
Tous régimes brut	95 063	2,8	97 453	2,5	99 392	2,0		124 776	25,5
Reprises nettes des provisions et ANV	-438,3		-96,3		-200,9			-444,7	
Tous régimes net	94 624	2,9	97 357	2,9	99 191	1,9		124 331	25,3

* Les montants de CSG présentés ici ne sont pas consolidés des prises en charge par la CNAF au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Rendement de la CSG par assiette

	en millions d'euros							
	2015	%	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
CSG activité	66 339	2,4	67 569	1,9	68 811	1,8	86 969	26,4
CSG remplacement	18 515	4,9	18 845	1,8	19 100	1,4	23 945	25,4
CSG patrimoine	4 579	3,9	5 043	10,1	5 044	0,0	6 269	24,3
CSG placement	5 091	-0,2	5 397	6,0	5 816	7,7	6 799	16,9
CSG sur les jeux	355	2,9	365	2,8	386	5,7	494	27,9
Majorations et pénalités	183	-10,7	234	27,4	236	1,0	301	27,5
CSG brute	95 063	2,8	97 453	2,5	99 392	2,0	124 776	25,5
Consolidation de la CSG prise en charge dans le cadre de la PAJE	- 352	3,4	- 349	-1,0	- 354	1,5	- 425	19,9
CSG brute consolidée des prises en charge	94 710	2,8	97 104	2,5	99 038	2,0	124 351	25,6

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 • Taux de CSG par risque et par assiette

	Taux en %		
	2015	2016-2017	2018 et après
Maladie			
Sur revenus d'activité	5,20	6,05	7,75
Sur les allocations chômage et les IJ (taux plein)	3,90	4,75	4,75
Sur revenus de retraites et d'invalidité (taux plein)	4,30	5,15	6,85
Sur revenus du capital	5,90	0,00	0,00
Sur les revenus des jeux (Française des jeux)	4,80	5,75	6,45
Famille			
Sur revenus d'activité, de remplacement et des jeux	0,87	0,85	0,85
Sur revenus du capital	0,87	0,00	0,00
FSV			
Sur revenus d'activité, de remplacement et des jeux	0,850	0,000	0,000
Sur revenus du capital	0,850	7,600	9,300
CNSA			
CADES			
Sur revenus d'activité, de remplacement et du capital	0,48	0,60	0,60
Sur les revenus des jeux (Française des jeux)	0,48	0,30	0,30
Total			
Sur revenus d'activité	7,50	7,50	9,20
Sur revenus de retraites et d'invalidité (taux plein)	6,60	6,60	8,30
Sur les allocations chômage et les IJ (taux plein)	6,20	6,20	6,20
Sur revenus du capital	8,20	8,20	9,90
Sur les revenus des jeux (Française des jeux)	7,10	6,90	7,60

Tableau 4 • Valeurs de point de la CSG

	en millions d'euros		
	2016	2017	2018 (p)
Activité	8 900	9 170	9 470
Remplacement	3 000	4 000	4 120
Capital	1 270	1 330	1 340
Patrimoine	610	620	640
Placement	660	710	700
Jeux	50	60	60
Majorations et pénalités	30	30	30
CSG totale	13 250	14 590	15 020

Source : DSS/SDEPF/6A

Note de lecture : la valeur de point correspond, pour chaque assiette, au rapport du rendement de la CSG et du taux facial.

1.5 Les prélèvements sur les salaires du secteur privé

Environ 80% des cotisations et 60% des produits de CSG assis sur les revenus d'activité perçus par le régime général proviennent du secteur salarié privé non agricole¹ (cf. tableau 1). La croissance de la masse salariale de ce secteur est en conséquence le principal déterminant de la dynamique de ces recettes. En 2017, la masse salariale a progressé de 3,5%, l'emploi ayant augmenté de 1,5% tandis que le salaire moyen par tête a crû de 2,0% (cf. graphique 1). En 2018, la croissance de la masse salariale devrait être plus élevée et s'établir à 3,9% se décomposant en une progression de l'emploi de 1,5% et du salaire moyen de 2,4%.

Les cotisations ont évolué à un rythme proche de celui de la masse salariale en 2017 malgré la baisse des cotisations famille

En 2017, les cotisations brutes du secteur privé ont progressé de 3,6%, soit une croissance légèrement supérieure à celle de la masse salariale du secteur. Cet écart relève de plusieurs effets contraires.

Ainsi, la dernière hausse de taux de cotisation vieillesse déplafonnée ainsi que des effets comptables ont joué favorablement. A l'inverse, l'effet en année pleine de l'extension de la baisse des cotisations famille et la disparition du produit issu du prélèvement à la source des cotisations et contributions sur les caisses de congés payés sont venus freiner l'évolution des produits. A ces deux effets s'est ajoutée une accélération des allègements sur les bas salaires (cf. *infra*).

Des effets comptables ont soutenu la croissance des cotisations brutes en 2017

Lorsqu'une entreprise ne déclare pas à l'échéance prévue les cotisations qu'elle doit, celles-ci sont appelées en taxation d'office par les URSSAF. Le montant de ces cotisations est calculé sur la base de la dernière rémunération connue, ou sur une base forfaitaire en l'absence de rémunération connue, avec un coefficient de majoration. La modification de ces règles de calcul en avril 2017² est venu gonfler les produits bruts de cotisations pour plus de 0,7 Md€ en 2017³.

Par ailleurs, le produit à recevoir de cotisations 2016 avait été sous-estimé de 0,2 Md€. Cela avait contribué négativement à la croissance des cotisations en 2016 puis, par contrecoup, a joué en sens inverse en 2017.

En 2015, des opérations de fiabilisation des classements administratifs des cotisants selon leur catégorie juridique effectuées par certaines Urssaf ont conduit à requalifier des produits du secteur public en produits du secteur privé. Ces opérations ont donné lieu à des régularisations positives en 2016 pour les cotisations du secteur privé et ont pesé, par contrecoup, sur l'évolution des cotisations pour -0,2 point en 2017.

Mais leur impact a été contrebalancé par l'effet en année pleine de l'extension de la baisse de taux famille

En 2017, l'effet en année pleine de la baisse du taux famille⁴ pour les salariés du secteur privé dont les salaires sont compris entre 1,6 et 3,5 SMIC a minoré les cotisations de 0,9 Md€ et a pesé pour -0,6 point sur l'évolution des cotisations. Cet effet a toutefois été atténué à hauteur de 0,3 point par la hausse globale de 0,1 point des taux retraite appliqués à l'assiette déplafonnée⁵.

En 2018, la croissance des cotisations serait très inférieure à celle de la masse salariale du fait de la suppression de la cotisation salariale maladie

Les cotisations sociales progresseraient de 1,4%, un rythme sensiblement inférieur à celui de l'assiette du secteur privé. La suppression de la cotisation salariale maladie dans le cadre de la mesure d'augmentation du pouvoir d'achat des actifs viendrait diminuer les montants de cotisations assises sur les revenus du secteur privé de près de 4,4 Md€ et pèserait sur leur dynamique pour -2,6 points. Cet effet expliquerait quasi intégralement l'écart de dynamique entre l'assiette et les recettes.

¹ Le reste de ces recettes sont assises sur d'autres assiettes présentées dans la fiche 1.6 du rapport.

² La majoration appliquée a été relevée (25% contre 10% auparavant) ainsi que la base de calcul en l'absence de rémunération connue (application de 2,5 fois le plafond de la sécurité sociale au lieu du SMIC auparavant)

³ Ces surcroîts de produits sont toutefois provisionnés en quasi-totalité de sorte que l'impact sur les soldes est négligeable.

⁴ Cette baisse du taux de cotisations famille est effective depuis le 1er avril 2016.

⁵ Cette hausse se décompose en +0,05 point sur le taux de cotisation salarial et +0,05 point sur le taux de cotisation patronal.

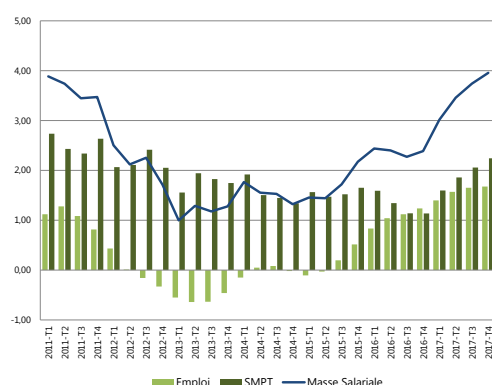
Tableau 1 • Prélèvements sur l'ensemble des revenus d'activité et part du secteur privé (RG)

en millions d'euros

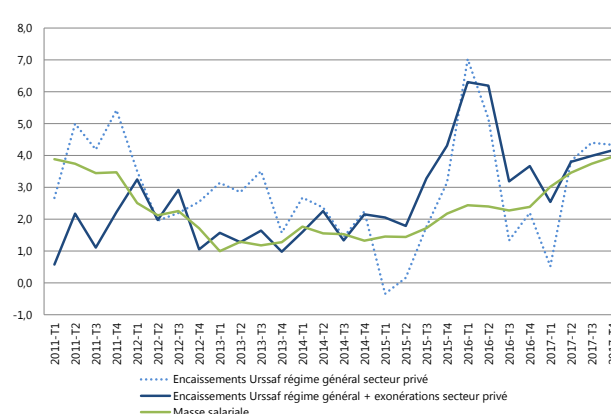
	2015	2016	Evolution	Part du secteur privé	2017	Evolution	Part du secteur privé	2018 (p)	Evolution	Part du secteur privé
Cotisations brutes sur rev. activité	195 799	205 139	4,8	79%	211 866	3,3	79%	217 096	2,5	79%
Secteur privé	160 610	162 461	1,2		168 346	3,6		170 711	1,4	
CSG sur les revenus d'activité	66 339	67 569	1,9	63%	68 811	1,8	63%	86 969	26,4	64%
Secteur privé	41 035	42 532	3,6		43 569	2,4		55 476	27,3	

Source : DSS/SDEPF/6A

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



Graphique 2 • Masse salariale et encaissements du secteur privé



Source : ACOSS, Champ : régime général cotisants privés, y compris grandes entreprises nationales. Données en glissements trimestriels.

Note de lecture graphique 2 : L'évolution des encaissements du secteur privé dépend principalement du rythme de l'assiette (masse salariale), de l'évolution des exonérations et des changements réglementaires (variation de taux notamment). L'agrégat « encaissements+exonérations » est conceptuellement le plus proche de l'assiette, mais peut s'en écarter ponctuellement. C'est le cas du 3^e trimestre 2015 au 2^e trimestre 2016 en raison de l'effet de l'accélération du recouvrement des cotisations des caisses de congés payés. A l'inverse la courbe des encaissements passe nettement sous la courbe de la masse salariale en raison des baisses de taux famille prévues par le pacte de responsabilité (au 1^{er} janvier 2015 et au 1^{er} avril 2016).

Tableau 2 • Décomposition de la croissance des cotisations sur les salaires du secteur privé

en points

	2017	2018 (p)
Croissance de la masse salariale du secteur privé	3,5	3,9
Effet exonérations	0,0	0,2
dont exonérations ciblées	-0,7	0,05
dont exonérations non compensées	0,7	0,1
dont allègements sur les bas salaires	-0,1	0,1
Effet plafond	0,04	-0,2
Mesures de la LFSS pour 2014	0,3	
Hausse des taux de cotisation vieillesse déplafonnée	0,3	
Mesures de la LFRSS 2014 et de la LFSS pour 2016	-0,6	
Baisse du taux de cotisation famille	-0,6	
Mesures de la LFSS pour 2015	-0,2	
Prélèvements à la source des caisses de congés payés	-0,2	
Mesures de la LFSS pour 2016	0,0	
Baisse du taux de cotisation AT (transfert de cotisations entre la CNAM et la CNAM-AT)	-0,2	
Hausse du taux de cotisation maladie (transfert de cotisations entre la CNAM et la CNAM-AT)	0,2	
Mesures de la LFSS pour 2018		-2,6
Baisse du taux de cotisation AT (transfert de cotisations entre la CNAM et la CNAM-AT)		-0,3
Hausse du taux de cotisation patronale maladie (transfert entre CNAM et CNAM-AT)		0,4
Suppression de la cotisation salariale maladie		-2,6
Effets comptables et effets champ	0,6	
Effet du déport du public vers le privé sur les exercices antérieurs	-0,2	
Erreur de PAR	0,3	
Changement mode de calcul des TO	0,5	
Ecart expliqué	0,1	-2,5
Croissance des cotisations du secteur privé	3,6	1,4

Source : DSS/SDEPF/6A, Champ : secteur privé hors EPM et GEN

L'évolution modérée des dispositifs d'exonérations viendrait soutenir la dynamique des cotisations en 2018

En 2017, la dynamique de l'agrégat constitué des exonérations compensées et des exonérations non compensées a globalement peu joué sur celle des cotisations. L'impact symétrique de -0,7 point pour les exonérations compensées et +0,7 point pour les dispositifs compensés étant dû à un effet de périmètre suite à la compensation nouvelle par l'Etat de dispositifs auparavant non compensés, dans le cadre des modalités de compensation à la sécurité sociale des pertes liées au pacte de responsabilité.

La dynamique tendancielle des allègements généraux sur les bas salaires résulte théoriquement de la combinaison de deux effets : l'évolution de l'emploi et l'évolution relative du salaire moyen par rapport au SMIC. Une croissance des salaires plus forte que celle du salaire minimum a un effet mécanique baissier sur le montant global des allègements en raison de la dégressivité du barème. Toutefois, les allègements généraux ont progressé plus rapidement que la masse salariale du secteur privé en 2017 (+4,2%), jouant négativement sur la croissance des produits de cotisations (-0,1 point). Cela résulte du fait qu'une bonne partie de la croissance de l'emploi serait concentrée sur les emplois à bas salaires. En 2018, les allègements généraux progresseraient en revanche à un rythme inférieur à celui de la masse salariale et contribueraient pour 0,1 point à l'augmentation des produits de cotisations (0,2 point en ajoutant la dynamique des autres exonérations, elle aussi moins élevée que celle de la masse salariale).

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

Le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 1,6% au 1^{er} janvier 2017 (cf. encadré 1), soit une progression légèrement inférieure à celle du salaire moyen observée en 2017 (1,7%). La masse salariale plafonnée a globalement progressé comme l'assiette déplafonnée. En 2018, le plafond a été revalorisé de 1,3%, soit nettement moins rapidement que le salaire moyen par tête prévu (2,4%). Il est ainsi estimé que la masse salariale plafonnée progresserait de 3,5%. Ce différentiel de croissance avec la masse salariale déplafonnée, appelé effet plafond, expliquerait -0,2 point de l'écart de croissance entre les cotisations et la masse salariale.

En 2017, la CSG a augmenté moins rapidement que la masse salariale¹, elle progresserait fortement en 2018

La CSG n'étant pas concernée par des mesures d'exonération, l'évolution de ces dernières n'a pas d'impact sur l'évolution des produits de cette contribution. En 2017, la progression du rendement de la CSG assise sur les salaires du secteur privé a été de 2,4%. Celle-ci a été freinée par le contrecoup de l'inscription d'un produit exceptionnel liée à la mise en place de la protection universelle maladie en 2016 ainsi que par l'extinction de la mesure sur les caisses de congés payés. En 2018, sa croissance (+27,3%) serait largement plus élevée que celle de son assiette en raison de l'augmentation de son taux de 1,7 point votée en LFSS pour 2018.

Tableau 3 • Evolution des cotisations du secteur privé, par branche du régime général

en millions d'euros

	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
CNAM-M	61 204	2,5	63 959	4,5	62 878	-1,7
CNAM-AT	11 748	1,0	12 104	3,0	12 030	-0,6
CNAV	70 532	3,6	74 032	5,0	76 741	3,7
CNAF	18 977	-10,3	18 678	-1,6	19 490	4,3
Régime général	162 461	1,2	168 774	3,9	171 139	1,4

Tableau 4 • Evolution de la CSG prélevée sur les salaires du secteur privé, par attributaire

en millions d'euros

	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
PUMA	34 343	20,7	35 037	2,0	46 733	33,4
CNAF	4 763	0,0	5 033	5,7	5 146	2,2
FSV	87	-98,1	16	-81,8	0	
CNSA	15	-97,2	1	-94,2	0	
CADES	3 324	26,8	3 483	4,8	3 598	3,3
Tous attributaires	42 532	3,6	43 569	2,4	55 476	27,3

Source : DSS/SDEPF/6A

¹ La masse salariale désigne couramment l'assiette des cotisations sociales qui est plus étroite que celle de la CSG sur les revenus salariés. Cette dernière inclut en effet les rémunérations soumises au forfait social. La dynamique propre de ces éléments de rémunérations peut donc jouer également sur la dynamique comparée de la masse salariale et de la CSG.

Encadré 1 • Des évolutions différenciées selon les branches en 2017 et 2018

- La croissance des produits de cotisations de la branche vieillesse a atteint 5% en 2017 (cf. tableau 5), soit un niveau nettement plus élevé que dans les autres branches. Elle a été soutenue par la dernière hausse du taux de cotisation déplafonnée qui a représenté un supplément de produit de l'ordre de 0,5 Md€. En 2018, la progression des cotisations de la branche vieillesse s'établirait autour de 3,7%, évolution inférieure à celle de masse salariale en raison de l'effet plafond, propre à cette branche, jouant négativement.

- Le recul des cotisations de la CNAF s'est poursuivi en 2017 (-1,6% après -10,3% en 2016) en raison de l'effet en année pleine de l'extension de la baisse de taux aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC à compter du 1^{er} avril 2016. En 2018, les produits de cotisations rebondiraient (4,3%).

- La progression des cotisations de la branche maladie a été supérieure à celle de la masse salariale du secteur privé (4,5%) en raison de la hausse du taux de cotisation maladie (hausse de 0,05 point), décidée en LFSS pour 2017. En 2018, ces produits diminueraient de 1,7% en raison de la suppression de la cotisation salariale maladie pour les salariés du secteur privé dont l'effet est seulement partiellement compensé par la hausse de 0,11 points du taux de cotisation patronale.

- En 2017, la croissance des cotisations reçues par la CNAM-AT (3,0%) a été inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé. Cela résulte de la baisse du taux de cotisation AT-MP (baisse de 0,06 point) décidée en LFSS pour 2016. Cette baisse de taux a contribué négativement à la croissance des cotisations pour 0,2 point. En 2018, les mêmes effets détermineraient l'évolution des cotisations de la branche : elle serait nettement inférieure à celle de la masse salariale en raison de la poursuite de la baisse du taux de cotisation (diminution de -0,1 point).

Tableau 5 • Impact estimé des modifications de taux de cotisation prévues par les LFSS sur le champ du secteur privé

	2016		2017		2018	
	Taux en vigueur	Impact de la variation du taux	Taux en vigueur	Impact de la variation du taux	Taux en vigueur	Impact de la variation du taux
Mesures de la LFSS pour 2013		0,44				
Hausse du taux de cotisation vieillesse plafonnée	15,45%	0,44	15,45%			
Mesures de la LFSS pour 2014		0,53		0,52		
Hausse des taux de cotisation vieillesse déplafonnée	2,20%	0,53	2,30%	0,52		
Baisse du taux de cotisation famille	5,25%		5,25%			
Mesures de la LFSS pour 2015		-0,56		-0,39		
Prélèvements à la source des caisses de congés payés		-0,56		-0,39		
Mesures de la LFSS pour 2016 et pour 2017		-2,76		-0,90		
Extension de la baisse du taux de cotisation famille aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC	3,45%	-2,74	3,45%	-0,92		
Baisse du taux de cotisation patronale AT-MP	2,38%	-0,26	2,32%	-0,25		
hausse du taux de cotisation patronale M	12,84%	0,24	12,89%	0,27		
Mesures de la LFSS pour 2018						-4,29
Baisse du taux de cotisation patronale AT-MP			2,32%		2,22%	-0,54
Hausse du taux de cotisation patronale M			12,89%		13,00%	0,64
Baisse de taux mesure gains de pouvoir d'achat						-4,39

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 2 • 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 (PLF) pour l'année N.

En 2017, le plafond de la sécurité sociale s'est établi à 39 228 €, soit une augmentation de 1,6%. Pour 2017, la revalorisation a été fixée en tenant compte de l'estimation effectuée en septembre 2015 du SMPT pour 2016 (1,6%).

En 2018, le plafond a été porté à 39 732 €, en progression de 1,3%, compte tenu d'une prévision de croissance du SMPT 2017 de 1,7% et d'une régularisation au titre de 2016 de -0,4 points correspondant à l'écart entre l'estimation actuelle du taux de croissance du SMPT (1,6%) et la prévision qui figurait dans le RESF annexé au PLF pour 2016 (1,2%).

Revalorisation du plafond 2017		Revalorisation du plafond 2018	
Taux de croissance du SMPT 2016 (A)	1,60	Taux de croissance du SMPT 2017 (A)	1,70
<u>Correction SMPT 2015:</u>		<u>Correction SMPT 2016:</u>	
SMPT 2015 prévu lors de la fixation du plafond 2016	1,6	SMPT 2016 prévu lors de la fixation du plafond 2017	1,6
SMPT 2015	1,6	SMPT 2016	1,2
Correctif plafond (B)	-	Correctif plafond (B)	-0,4
Evolution du plafond 2017 (A + B)	1,6	Evolution du plafond 2018 (A + B)	1,30

1.6 Les prélèvements sur les autres revenus d'activité

Si la majeure partie des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité est assise sur le secteur privé, un tiers des rendements de CSG et 20% des rendements de cotisations reposent sur d'autres assiettes. Leur évolution a été fortement affectée par la hausse de 1,7 point de CSG décidée en LFSS pour 2018 et les mesures de compensations mises en œuvre de manière différenciée selon les types de revenus concernés.

Les prélèvements sur le secteur public accélèrent en raison du dynamisme de la masse salariale et en lien avec la hausse de CSG

Les agents non titulaires des trois fonctions publiques versent des cotisations aux quatre branches du régime général, tandis que les agents titulaires ne versent des cotisations qu'aux branches maladie et famille. Au total, les prélèvements sur les salaires des agents du secteur public constituent 13% des recettes totales de cotisations sur les revenus d'activité et 19% de celles de CSG (cf. graphique 1).

La masse salariale du secteur public a progressé de 2,3% en 2017 et devrait progresser de 1,9% en 2018, portée par les revalorisations successives du point d'indice de 0,6% en juillet 2016 puis en février 2017.

Toutefois, plusieurs facteurs conduisent à ce que l'évolution des produits de cotisations ou de CSG s'écarte de la masse salariale. Premièrement, des opérations de fiabilisation administrative des classements par catégories de cotisants conduites par certaines Urssaf ont altéré les évolutions : en 2015 via des reclassements de produits du public vers le privé, en 2016 avec des régularisations supplémentaires¹, dont le contrecoup dynamise les produits en 2017. À l'inverse, le rendement de CSG du secteur public avait été tiré à la hausse en 2016 par la comptabilisation d'un produit exceptionnel de 215 M€. L'effet net du contrecoup de ces deux éléments en 2017 explique que l'évolution de la CSG ait été inférieure à celle de la masse salariale publique (+0,5%, soit 1,8 point de moins). La hausse des cotisations en 2017 (5,4%) s'est avérée quant à elle nettement supérieure à celle de l'assiette. Au contrecoup haussier des reclassements de produits opérés en 2016, s'est en effet ajoutée la montée en charge du protocole d'accord PPCR² et la hausse de 0,1 point du taux de cotisation vieillesse déplafonnée pour les agents non titulaires.

En 2018, la masse salariale publique croîtrait de 1,9%, tandis que l'assiette des cotisations, composée des seules rémunérations indiciaires, n'évoluerait que de 1,0%. Dans le secteur public, la hausse de 1,7 point de la CSG a été compensée par la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité des agents titulaires comme des non titulaires³, par la suppression de la cotisation salariale maladie pour les agents non titulaires et par le versement d'une indemnité supplémentaire aux fonctionnaires.

En conséquence, les recettes de CSG progresseraient ainsi de 25,6%, en raison de la hausse de taux. En revanche, les cotisations seraient en diminution (-1,2%) à cause de la suppression des cotisations salariales maladie pour les non titulaires (-0,25 Md€) et de la baisse de cotisations patronales maladie des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (-0,8 Md€)⁴. Au total, la CSG et les cotisations progresseraient de 7,4%.

Les prélèvements sur le secteur des particuliers employeurs ralentissent en 2017

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs (employeurs de personnel de maison, EPM) représentent moins de 2% des recettes sur les revenus d'activité du régime général. Leurs cotisations ont diminué de 0,3% et leur CSG de 0,6% en 2017 en raison d'une contraction de l'assiette.

¹ Pour plus de 0,4 Md€, dont 0,3 Md€ de cotisations et 0,1 Md€ de CSG.

² Le protocole « Parcours professionnels, carrière et rémunérations » (PPCR), mis en place en 2016, se traduit notamment par la modification de la structure de rémunération des fonctionnaires. Une partie des primes est basculée en traitement indiciaire, traitement inclus dans l'assiette de calcul des cotisations, au contraire des primes. Cela majore donc le niveau de cotisations pour la branche maladie et la branche famille du régime général, mais aussi pour les régimes de retraites des fonctionnaires. Cette modification de structure des rémunérations n'a en revanche pas d'impact sur les rendements de CSG puisque les primes entrent déjà dans l'assiette de CSG assise sur les revenus d'activité.

³ Cette contribution de 1%, assise sur la rémunération hors primes, abondait le fonds de solidarité en charge du financement des allocations chômage.

⁴ Le taux de cotisations patronales est passé de 11,50% à 9,88% pour cette population.

Tableau 1 • Evolution des prélèvements sur les revenus d'activité par catégorie de cotisants

En M€

	2015	2016		2017		2017 proforma*	2018 (p)	
	M€	M€ %		M€ %		M€	M€ %	
Secteur privé	201 645	204 575 1,5		211 916 3,6		211 916	226 188 6,7	
Cotisations	160 610	162 043 0,9		168 346 3,9		168 346	170 711 1,4	
CSG	41 035	42 532 3,6		43 569 2,4		43 569	55 476 27,3	
Secteur public	38 132	39 001 2,3		40 463 3,7		40 463	43 476 7,4	
Cotisations	25 387	26 008 2,4		27 410 5,4		27 410	27 077 -1,2	
CSG	12 744	12 993 2,0		13 053 0,5		13 053	16 399 25,6	
EPM	4 151	4 013 -3,3		3 997 -0,4		3 997	4 041 1,1	
Cotisations	3 306	3 152 -4,6		3 142 -0,3		3 142	2 988 -4,9	
CSG	845	861 1,9		855 -0,6		855	1 052 23,0	
Travailleurs indépendants	11 543	14 515 25,7		14 167 -2,4		18 887	19 677 4,2	
Cotisations	3 493	6 997 100,3		6 474 -7,5		11 194	10 127 -9,5	
CSG	8 050	7 518 -6,6		7 693 2,3		7 693	9 550 24,1	
Salariés agricoles	2 206	4 190 89,9		4 221 0,7		4 221	4 522 7,1	
Cotisations	678	2 659 292,4		2 672 0,5		2 672	2 581 -3,4	
CSG	1 528	1 531 0,2		1 548 1,2		1 548	1 941 25,4	
Exploitants agricoles	1 018	1 177 15,6		1 101 -6,4		1 101	1 158 5,2	
Cotisations	243	423 73,8		425 0,4		425	354 -16,6	
CSG	775	754 -2,7		677 -10,2		677	804 18,9	
Autres actifs**	3 444	4 819 39,9		4 812 -0,2		4 812	5 003 4,0	
Cotisations	2 083	3 438 65,1		3 397 -1,2		3 397	3 258 -4,1	
CSG	1 361	1 381 1,5		1 415 2,5		1 415	1 745 23,3	
Cotis. brutes sur revenu d'activité	195 799	204 721 4,6		211 866 3,5		216 586	217 096 0,2	
CSG sur les revenus d'activité	66 339	67 569 1,9		68 811 1,8		68 811	86 969 26,4	

Source : DSS/SDEPF/6A. Champ : Cotisations du régime général et CSG tous affectataires.

Note sur les évolutions apparentes 2016/2015 : l'année 2016 a vu la mise en œuvre de la PUMa ; à compter de cet exercice les comptes du régime général sont présentés sur le champ de la PUMa et intègrent notamment les cotisations maladie des autres régimes de base ce qui explique les ruptures sur les montants de cotisations présentés ci-dessus entre 2015 et 2016 s'agissant des travailleurs indépendants, des salariés et non salariés agricoles ainsi que des autres actifs.

(*) Afin d'assurer la comparabilité des exercices, le compte 2017 est présenté dans cette colonne sur le périmètre RG + ex-RSI. La colonne 2018 se compare donc ensuite au compte 2017 *proforma* qui comprend l'ensemble des cotisations maladie, IJ et vieillesse des travailleurs indépendants.

(**) La catégorie « autres actifs » est constituée principalement des grandes entreprises ayant leur propre régime de sécurité sociale (SNCF, Industries électriques et gazières, RATP...), des artistes auteurs, ainsi que de plus petits régimes comme celui des mines (CANSSM) ou des marins (ENIM).

A l'instar du secteur public, la diminution de CSG en 2017 est également la conséquence du contrecoup de l'inscription d'un produit exceptionnel en 2016.

En 2018, l'évolution de leurs cotisations serait négative (-4,9%), à cause de la suppression des cotisations salariales maladie et de la hausse importante des exonérations. Les produits de contributions augmenteraient cependant de 23%, en raison de la hausse du taux de CSG. Cette hausse a par ailleurs été compensée par une suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage pour les EPM. Cette diminution n'apparaît pas ici puisqu'elle se situe en dehors du champ du RG.

L'intégration au régime général de certains prélèvements des artisans et commerçants

Les prélèvements sur les travailleurs indépendants diminuent de 2,4% en 2017, pour représenter 5% du rendement total des prélèvements sur les revenus d'activité du régime général.

En 2017, le contrecoup d'annulations de produits de taxation d'office (TO) opérées en 2016 a tiré à la hausse l'évolution de la CSG (+2,3%). Cet effet a également joué sur la dynamique des cotisations mais a été dominé par l'impact de la réduction dégressive du taux de cotisation maladie décidée en LFSS pour 2017 et par une régularisation exceptionnelle négative pour le risque maladie, compensant un trop-perçu au titre de cotisations des micro-entrepreneurs sur les années antérieures.

En 2018, la suppression du régime social des indépendants (RSI) conduit à rattacher les produits de cotisation vieillesse de base et de cotisation IJ au régime général. La colonne 2017 *proforma* dans le tableau 1 permet d'analyser l'évolution des produits de cotisation du régime général à périmètre comparable. Les évolutions de produits de cotisations et de CSG en 2018 sont notamment dictées par les modifications importantes de taux décidées dans le cadre des mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs. La CSG augmenterait ainsi de 24,1% alors que les diminutions de taux de cotisations famille et maladie (pour 1,7 Md€ au global) conduiraient à une baisse de 9,5%¹ des produits de cotisations. Indépendamment des modifications de taux, les produits assis sur les revenus des indépendants seraient soutenus par le dynamisme des effectifs de cotisants au risque vieillesse, sous l'effet notamment de l'affiliation des nouveaux micro-entrepreneurs au régime général (mesure de la LFSS pour 2018).²

Des prélèvements sur le secteur agricole en hausse en 2018

En 2017, les cotisations des salariés agricoles ont progressé de 0,5%, soit une évolution inférieure à celle de leur masse salariale (+1,9%). Cela s'explique par l'effet en année pleine de la baisse des cotisations famille. La CSG a en 2017 progressé à un rythme légèrement inférieur à celui de la masse salariale.

En 2018, la suppression de la cotisation salariale maladie provoquerait une baisse de 3,4% des cotisations, malgré la croissance de l'assiette salariale (2,2%). A contrario, la hausse de 1,7 point du taux de CSG, combinée à la bonne tenue de la masse salariale, se traduirait par une hausse de 25,4% de la CSG. Par ailleurs, les salariés agricoles, comme les EPM ou les salariés du secteur privé, bénéficient de la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage, qui s'ajoute aux baisses de cotisations du régime général en contrepartie la hausse de CSG.

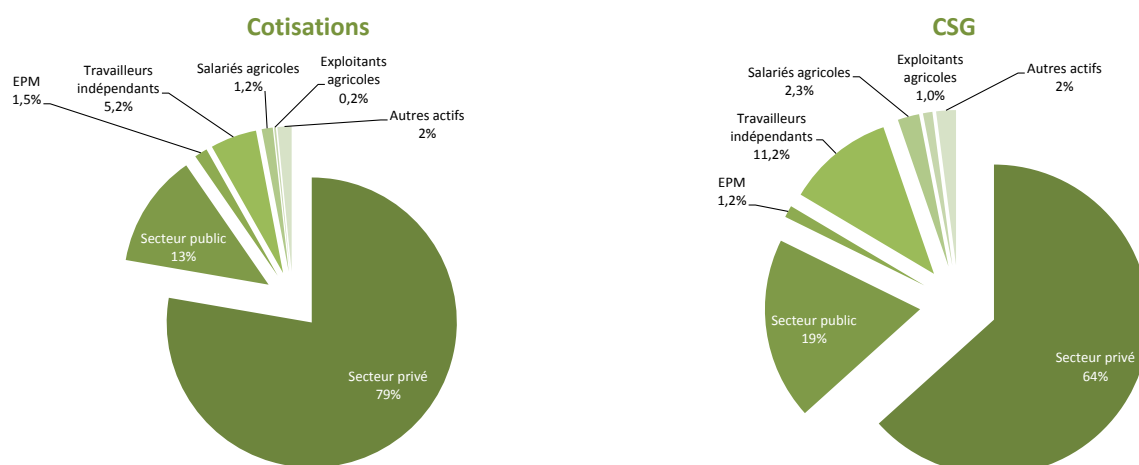
L'assiette des exploitants agricoles avait fortement chuté en 2016 (-9,5%), année lors de laquelle ont été décidées des mesures d'allègements des prélèvements dans le cadre du plan de soutien à la filière agricole (baisse de 7 points du taux maladie, suppression de l'assiette minimale). Cette assiette a connu un léger rebond en 2017 (+0,5%). Les cotisations ont ainsi augmenté de 0,4%, de façon cohérente avec l'évolution de l'assiette. En revanche, l'assiette de la CSG, qui intègre les cotisations sociales, a continué de diminuer fortement en 2017, ce qui explique en grande partie sa baisse de rendement. En 2018, la CSG et les cotisations connaîtraient des évolutions inverses puisque la CSG verrait son rendement augmenter de 18,9% suite à la hausse de 1,7 point de son taux, tandis que les cotisations diminueraient de 16,6% en raison de la baisse des effectifs (-1,4%), d'une conjoncture agricole toujours médiocre (-3,6% de diminution d'assiette) et de la baisse de 2,15 points de la cotisation famille (dont le coût estimé à 160 M€ est supérieur au gain estimé à 130 M€ du relèvement du barème de cotisation maladie³).

¹ Pour une description exhaustive des modifications de barèmes maladie et famille, lire l'encadré 1 de la fiche 3.3.

² Ce sont les professions libérales non réglementées s'affiliant jusqu'alors à la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse (CIPAV) qui sont concernées par ce transfert.

³ A compter de 2016, le taux de cotisation maladie a été abaissé de 10% à 3%. La LFSS pour 2018 aligné le barème de cotisation maladie des exploitants sur celui des travailleurs indépendants, moins favorable.

Graphique 1 • Part de chaque secteur dans les recettes de cotisations et de CSG sur les revenus d'activité en 2017 (proforma)



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Contribution de chaque assiette à la croissance totale des recettes (en points)

2a – les cotisations				2b – la CSG			
	2016	2017	2018 (p)		2016	2017	2018 (p)
Cotis. brutes sur revenu d'activité	4,8	3,3	0,2	CSG sur les revenus d'activité	1,9	1,8	26,4
Secteur privé	0,9	2,9	1,1	Secteur privé	2,3	1,5	17,3
Secteur public	0,3	0,7	-0,2	Secteur public	0,4	0,1	4,9
EPM	-0,1	0,0	-0,1	EPM	0,0	0,0	0,3
Travailleurs indépendants	1,8	-0,3	-0,5	Travailleurs indépendants	-0,8	0,3	2,7
Salariés agricoles	1,0	0,0	0,0	Salariés agricoles	0,0	0,0	0,6
Exploitants agricoles	0,1	0,0	0,0	Exploitants agricoles	0,0	-0,1	0,2
Autres actifs	0,7	0,0	-0,1	Autres actifs	0,0	0,1	0,5

Source : DSS/SDEPF/6A

1.7 Les créances sur les entreprises

En cas de retard de paiement des cotisations dues par les cotisants, des créances égales aux montants impayés sont constatées en fin d'exercice comptable et provisionnées. La part des cotisations non recouvrées diminue tendanciellement, ce qui traduit les efforts réalisés par les URSSAF dans la gestion du recouvrement, mais elle peut augmenter ponctuellement en période de creux conjoncturel lorsque le nombre de cotisants faisant face à des difficultés financières augmente.

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

Le taux de restes à recouvrer est globalement stable en 2017

Le taux de RAR calculé au 31 décembre sur les cotisations et contributions toutes catégories de cotisants confondues s'élève à 1,78 % en 2017 (+0,01 par rapport à 2016, cf. tableau 1). Après 4 années de baisse consécutive, cette quasi-stabilité en 2017 résulte de deux effets opposés qui se compensent :

- **la hausse de 0,2 point du taux d'impayés constatée sur les entreprises du secteur privé**, en lien avec le changement en 2017 du mode de calcul des taxations d'office (TO) (plus défavorable aux cotisants qui n'ont pas rempli leurs obligations déclaratives) dans le cadre des dispositions relatives à la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN). Cette hausse est plus forte sur les petites structures (+1,14 point), plus concernées par les TO. En neutralisant le surplus de TO lié à ce changement (650 M€), le taux de RAR du secteur privé est en baisse de 0,03 point, pour atteindre 1,01 %.

- **la baisse de 1,98 point du taux d'impayés constatée sur le champ des travailleurs indépendants (TI)**. Cette baisse ne traduit pas la situation réelle du recouvrement, qui est fortement perturbée par l'évolution des TO en 2017 (-23%). Toutefois, apprécié hors TO, le taux de RAR des TI continue à s'améliorer en 2017 (-0,46 point, pour atteindre 5,88%). Ce taux hors TO est en baisse de 4,79 points entre 2011 et 2017.

Enfin, le taux du secteur public augmente de 0,1 point en 2017, en lien avec des difficultés de paiement des cotisations de certains établissements hospitaliers. Celui des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) est en forte hausse (+7,7 points) pour des raisons techniques : depuis le 1^{er} janvier 2017, la gestion des comptes actifs des PAM, auparavant séparée, a été fusionnée avec celle des autres TI. En conséquence, ne demeurent désormais dans la catégorie dite "PAM" que des cotisants dont le compte, radié, nécessite encore des régularisations (et donc des restes à recouvrer plus élevés).

Les charges nettes liées aux opérations sur créances du régime général, qui s'établissent à 1 887 M€, ont augmenté de 517 M€ en 2017

Ces charges recouvrent les pertes sur créances irrécouvrables et les dotations nettes pour dépréciations des créances. La hausse observée en 2017 (517 M€) de ces charges (cf. tableau 2) se décompose en :

- **une hausse des dotations nettes pour dépréciation des créances de 506 M€**. En effet, une reprise nette de 70 M€ a été comptabilisée en 2017, après une reprise nette de 576 M€ en 2016. Cette reprise s'explique principalement par **un effet créance** (-90 M€) dû à la baisse du stock de créances (112 M€). La hausse du stock de créances sur le secteur privé liée au changement de règle de calcul des TO a donc été plus que compensée par la baisse des créances des TI. Cet effet créance est partiellement compensé par un **effet taux** (+20 M€) imputable à la légère hausse du taux moyen de provision de 0,1 point. Ainsi, le stock des créances du régime général fin 2017 (16,4 Md€) a été déprécié à 79,9 %, soit 13,1 Md€ de provisions.

- **une hausse des pertes sur créances irrécouvrables de 10 M€** qui s'établissent à 1 957 M€ après une hausse de 47 M€ en 2016. Les créances abandonnées ou remises en 2017 ont augmenté de 40 M€ et celles admises en non valeur (ANV) ont baissé de 30 M€.

Ces charges nettes représentent chaque année le coût pour le régime général des cotisations et contributions qui ne pourront jamais être recouvrées. Leur hausse importante en 2017 ne traduit pas une dégradation de la situation des entreprises mais la contrepartie comptable du surplus de produits comptabilisé en 2017 lié au changement du mode de calcul des TO pour le secteur privé (650 M€, dont 500 M€ pour le régime général). Une charge de l'ordre de 500 M€ a donc été comptabilisée sous l'hypothèse que ce surplus de TO serait totalement régularisée (principalement en 2018).

Tableau 1 • Taux de restes à recouvrer du dernier exercice par catégorie de cotisants (régime général et tiers – cotisations exigibles du 1er janvier au 31 décembre), sur cotisations et contributions

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Secteur privé	1,45%	1,23%	1,18%	1,29%	1,30%	1,27%	1,17%	1,04%	1,24%
Moins de 10 salariés	4,67%	4,45%	4,27%	4,35%	4,53%	4,50%	4,24%	4,18%	5,32%
Plus de 9 salariés	0,92%	0,72%	0,71%	0,82%	0,81%	0,78%	0,72%	0,56%	0,58%
Taxe pharmaceutique + contribution Amiante	0,07%	0,12%	0,15%	0,19%	0,07%	1,32%	1,56%	0,10%	0,13%
Secteur public	0,11%	0,12%	0,22%	0,30%	0,16%	0,21%	0,22%	0,22%	0,32%
Travailleurs Indépendants	18,25%	21,56%	19,11%	18,19%	16,25%	14,73%	15,01%	12,65%	10,67%
à échéance mensuelle	6,79%	8,20%	6,01%	5,22%	5,06%	3,57%	4,03%	3,66%	3,19%
à échéance trimestrielle	38,58%	42,45%	36,53%	33,47%	29,40%	27,09%	27,76%	23,94%	20,68%
Employeurs de Personnels de Maison	0,91%	0,96%	1,10%	1,06%	1,11%	0,95%	1,01%	1,24%	1,09%
Praticiens et auxiliaires médicaux	12,52%	10,12%	10,10%	10,05%	7,34%	7,61%	6,96%	11,48%	19,16%
Assurés Volontaires / Régime de résidence	2,96%	2,48%	1,73%	2,08%	2,00%	2,30%	2,96%	7,59%	10,80%
Divers (y compris CMU)	0,31%	0,25%	0,24%	0,43%	0,24%	0,42%	0,37%	0,19%	0,25%
Total	2,73%	2,84%	2,44%	2,47%	2,29%	2,15%	2,09%	1,77%	1,78%
<i>Total Hors travailleurs indépendants</i>	<i>1,21%</i>	<i>1,03%</i>	<i>1,03%</i>	<i>1,14%</i>	<i>1,12%</i>	<i>1,11%</i>	<i>1,03%</i>	<i>0,94%</i>	<i>1,12%</i>

Source : Estimation ACOSS

Tableau 2 • Charges nettes liées aux opérations sur créances (régime général), sur l'ensemble des cotisations, contributions et majorations et pénalités

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits des URSSAF (1)	212 938	216 780	227 147	231 919	240 010	246 055	249 082	261 343	273 997
Encaissements des URSSAF (2)	207 842	212 113	223 165	227 610	235 711	241 821	244 864	257 857	269 917
Charges (3)	179	150	151	166	163	162	145	183	223
Nouvelles créances de l'exercice (4)=(1)-(2)-(3)	4 917	4 516	3 831	4 143	4 136	4 072	4 073	3 303	3 858
Taux de RAR de l'exercice (5)=(4)/(1)	2,31%	2,08%	1,69%	1,79%	1,72%	1,65%	1,64%	1,26%	1,41%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 957	2 007	1 852	1 842	2 245	2 026	1 899	1 946	1 957
Dotations aux provisions pour nouvelles créances (7)	3 881	3 635	3 070	3 322	3 248	2 812	2 713	2 175	2 654
Dotations nettes aux provisions (8)	1 747	1 004	270	918	-64	218	258	-576	-70
Charges nettes liées aux opérations sur créances (9)=(6)+(8)	3 704	3 011	2 122	2 760	2 181	2 244	2 157	1 370	1 887

Source : Estimation ACOSS

- les produits (1), encaissements (2) et charges (3) sur les salaires versés au titre de l'exercice arrêtés au 31 décembre, sont déterminés à partir de données comptables. Les produits, encaissements et charges relatifs à des salaires versés en décembre N et comptabilisés en N+1 (jusqu'à fin janvier) sont estimés.
- nouvelles créances de l'exercice (4) : il s'agit de la différence entre les produits (1) sur les salaires versés lors de l'exercice comptable (de janvier à décembre en droits constatés) et les encaissements (2) et charges (3) enregistrés se rattachant à ces produits. Ainsi les créances découvertes lors de l'exercice mais dont la période de salaire se rattache à un exercice antérieur (suite à un contrôle par exemple) ne sont pas incluses dans ce montant. Elles font cependant, lors de leur découverte, l'objet d'un provisionnement qui est pris en compte dans les dotations nettes aux provisions (8) mais pas dans les dotations pour nouvelles créances de l'exercice (7).
- taux de RAR de l'exercice (5) : ce taux rapporte les créances nouvelles (4) aux produits comptables (1). Il diffère du taux de RAR du dernier exercice présenté dans le tableau 1 parce qu'il est restreint au seul régime général, qu'il intègre les majorations et pénalités, qu'il neutralise les charges et qu'il est arrêté au 31 janvier N+1 (31 décembre N dans le tableau 1) pour tenir compte des cotisations sur les salaires de décembre exigibles en janvier. Le taux de RAR du tableau 1 (1,78 %) calculé sur l'ensemble du régime général et des tiers, s'établit à 1,91 % en 2017 en tenant compte des majorations et pénalités et en neutralisant les charges, contre 1,41 % pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2018). A noter que ce taux au 31 janvier N+1 est en hausse de 0,15 point en 2017, alors que celui présenté dans le tableau 1 est stable. Cet écart provient du report en février 2017 de la comptabilisation - habituellement faite en janvier 2017 - des taxations d'office pour les entreprises du secteur privé qui n'auraient pas effectué leurs déclarations relatives aux salaires versés en décembre 2016.
- pertes sur créances irrécouvrables (6) : elles regroupent les admissions en non valeur (ANV), les annulations et abandons de créances (inscrites en charges dans les comptes et entraînant des reprises de provisions pour dépréciations des créances inscrites en produits pour un montant très proche, égal à la part préalablement dépréciée de ces créances (voisine de 90 %)).
- dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7) : En 2017, 69% des nouvelles créances de l'exercice (4) sont inscrites en provisions pour dépréciation afin de tenir compte de leur risque de non recouvrement.
- dotations nettes aux provisions (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises pour dépréciations des créances inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité de ces créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables.
- charges nettes (9) : somme des pertes sur créances irrécouvrables (6) et des dotations nettes aux provisions (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

1.8 Les autres contributions, impôts et taxes

En complément des cotisations et de la CSG, les organismes de sécurité sociale bénéficient d'**autres contributions** assises sur des revenus spécifiques (totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales) et d'**impôts et taxes** qui se distinguent de la CSG et des autres prélèvements sociaux en ce qu'ils reposent sur des assiettes autres que les revenus (consommation, chiffre d'affaires, bénéfices...).

Cette fiche détaille dans un premier temps le rendement de ces produits dédiés au financement de la sécurité sociale en 2017 pour l'ensemble des régimes de base, le FSV, la CADES, la CNSA et le fonds CMU. Dans un second temps, une attention particulière est portée sur les modifications d'affectation des recettes sur le champ du régime général et du FSV.

L'encadré 1 présente les principales contributions et taxes finançant la sécurité sociale, parfois au-delà du périmètre du régime général et du FSV. La dynamique de l'ensemble des contributions et taxes résulte à la fois des évolutions spontanées des assiettes et des mesures nouvelles (cf. tableau 1).

Le rendement des recettes fiscales et contributions a augmenté de 1,5% en 2017

Cette augmentation du produit des recettes fiscales et contributions¹ peut se décomposer en trois effets aux impacts contrastés. La modification de la répartition des recettes entre la sécurité sociale et l'Etat diminue de 2,5 points l'évolution du rendement net des recettes affectées à la sécurité sociale. Cette baisse est largement compensée par l'effet des mesures nouvelles, décidées notamment en LFSS pour 2017, et par la bonne dynamique spontanée des recettes. Ces effets contribuent respectivement à hauteur de 1,4 point et 2,6 points à l'amélioration du rendement des recettes fiscales et contributions (cf. tableau 1).

En 2017, l'effet des mesures nouvelles améliore le rendement des recettes fiscales et contributions de 1 Md€

La LFSS pour 2017 a mis en œuvre un relèvement de la fiscalité sur les tabacs (0,3 Md€ cf. encadré 2). Par ailleurs, elle a également affecté à la CNAM les sommes mises en réserves dans la section III du FSV (0,9 Md€) et modifié le fait générateur de la taxe sur les véhicules de société (0,16 Md€). Ces deux dernières mesures ont un rendement uniquement sur 2017. Avec la loi sur l'égalité des chances économiques, le paiement de la contribution sur les stock-options et les actions gratuites a été décalé au moment de l'acquisition de ces titres et non plus de leur attribution. Cette mesure a généré un rendement de 0,1 Md€. A l'inverse, le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) représente une perte de recettes de 0,5 Md€.

La fraction de TVA nette affectée à la sécurité sociale diminue de 1,9 Md€ en 2017

La modification des affectations de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale représente une perte de 1,7 Md€ en 2017. L'ajustement de la part de TVA nette affectée à la sécurité sociale constitue une perte de 1,9 Md€, soit un impact négatif de 2,7 points sur le rendement total des recettes fiscales et contributions. Ce montant se décompose de la façon suivante : 0,2 Md€ sont liés à la baisse de 0,16 point de la clé de TVA actée en LFSS pour 2017, 0,5 Md€ sont dus au contrecoup du produit de TVA affectée en 2016 en compensation de la baisse de 7 points de la cotisation maladie des exploitants agricoles et 1,2 Md€ résulte de l'impact dans les comptes de décembre 2017 du changement de clé d'affectation de la TVA au 1^{er} janvier 2018 (cf. encadré de la synthèse). La perte des produits de TVA est légèrement minorée, à hauteur de 0,15 Md€, par la réaffectation intégrale de la taxe sur les véhicules de société (TVS) de l'Etat à la CNAF.

L'évolution spontanée de l'assiette a participé à hauteur de 2,6 points à l'amélioration du rendement des contributions et taxes

Hors mesures nouvelles, l'évolution résiduelle des principales recettes a été dynamique. L'évolution spontanée de l'assiette de TVA s'est élevée à 4,6%, représentant une amélioration de 0,5 Md€ de son rendement.

¹ Le rendement qui est commenté ici tient compte des frais de dégrèvements et d'admission en non-valeur et des frais d'assiette et de recouvrement facturés par l'Etat à la sécurité sociale. La dotation aux provisions pour réduction de produit au titre du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) comptabilisé en 2017 est également prise en compte.

Encadré 1 • Présentation des principales contributions et taxes

- Les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement (hors CSG) regroupent le prélèvement social et sa contribution additionnelle, le prélèvement de solidarité, la CRDS et le prélèvement au fil de l'eau des contributions sur les contrats multi-supports d'assurance vie, ou préciput (cf. fiche 1.9). Ils sont assis sur les revenus du patrimoine (revenu foncier, rente viagère et plus-values de cession de valeurs mobilières) ainsi que sur les revenus du placement (épargne salariale, plus-values immobilières, dividendes, assurances vies...).
- Le forfait social est une contribution à la charge de l'employeur assise sur les rémunérations ou gains exonérés de cotisations mais assujettis à la CSG. L'essentiel de l'assiette est composé des sommes versées au titre de la participation et de l'intéressement.
- Les taxes tabac regroupent les droits de consommation sur les tabacs, qui en constituent l'essentiel (97%), et les droits de licence sur la rémunération des débiteurs de tabac. A partir de 2017, elles incluent également la taxe sur les fournisseurs de tabac (cf. encadré 2 *infra*).
- La taxe sur les salaires (TS) est due par les employeurs domiciliés en France qui ne sont pas soumis à la TVA sur la totalité de leur chiffre d'affaires. Elle concerne principalement les secteurs sanitaires et médico-sociaux, les banques et les assurances, certaines professions libérales et le secteur associatif. Elle est calculée selon un barème progressif en fonction des rémunérations brutes et est affectée aux organismes de sécurité sociale.
- La contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) est assise sur le chiffre d'affaires des sociétés au-delà d'un certain seuil. Sa réduction progressive, prévue dans le pacte de responsabilité, avait conduit à relever le seuil de chiffre d'affaires en-deçà duquel elle n'est pas prélevée en 2015 puis en 2016, pour un impact négatif estimé à 1 Md€ chaque année.
- La taxe de solidarité additionnelle (TSA), affectée précédemment exclusivement au fonds CMU, fusionne à partir de 2016 avec l'ancienne taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA maladie), qui était affectée au régime général. Son assiette correspond aux primes d'assurance. Par ailleurs, l'ancienne TSCA automobile et la contribution sur les véhicules terrestres à moteur ont également été fusionnées dans une nouvelle TSCA automobile, dont le rendement est partagé entre les départements et la CNAF. Son assiette concerne les primes versées dans le cadre de l'assurance obligatoire sur les véhicules.
- La TVA nette a varié ces dernières années pour ajuster la compensation à la sécurité sociale des pertes occasionnées par la mise en œuvre des phases successives du pacte de responsabilité ou des mesures des lois de finances et de financement. Au-delà de la fraction qui avait été transférée par l'Etat au titre de la compensation des allègements de cotisation sur les bas salaires, les recettes de TVA nette attribuées en 2014 à la CNAM avaient augmenté de 32% et atteint 11,8 Md€. Cette progression avait pour objectif de compenser la perte de recettes induite par la baisse du taux de cotisation famille et de réattribuer le rendement supplémentaire de l'impôt sur le revenu découlant de la baisse du plafond du quotient familial ainsi que de la fiscalisation des contributions des employeurs aux contrats d'assurance santé complémentaire. La fraction qui revient à la CNAM est par ailleurs modifiée chaque année depuis 2015.

Tableau 1 – Décomposition de l'évolution des recettes fiscales et contributions affectées aux organismes de sécurité sociale

	en millions d'euros					
	2016	Evol.*	2017	Evol.*	2018 (p)	Evol.*
Contributions sociales et recettes fiscales brutes (hors CSG)	71 272	-1,3	72 356	1,5	61 285	-15,3
Frais d'assiette et de recouvrement	-161		-173		-267	
Frais de dégrèvements et de non valeur	-318		-324		-328	
Contributions sociales et recettes fiscales nettes (hors CSG)	70 793	-1,4	71 860	1,5	60 690	-15,5
Mesures nouvelles	-1 385	-1,9	965	1,4	-22	0,0
Abattement supplémentaire de la CSSS	-1 000					
Crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)			-470		470	
Mesures relatives au droits tabacs			300		508	
Modification du fait générateur de la TVS			160		-160	
Suppression de la quatrième tranche de la taxe sur les salaires					-148	
Verdissement du barème de la TVS					110	
Modification taxes boissons sucrées					65	
Mesures relatives aux attributions gratuites d'actions (AGA)	-300		100		158	
Mesures relatives au forfait social et contributions sur les PERRCO	-85					
Abattement sur les plus-values immobilières					-150	
Affectation des réserves de la section 3 du FSV			875		-875	
Modification d'affectation	207	0,3	-1 755	-2,5	-12 861	-17,9
Prélèvement de solidarité sur les revenus du capital (de Ruyters)	97					
Prélèvement social sur les revenus du capital (de Ruyters)	217					
Attribution préalable du prélèvement au fil de l'eau sur les contrats d'assurance-vie multi supports (préciput assurance-vie)	-723					
Affectation de la part Etat de la TVS			150			
Ajustement de la TVA nette affectée à la sécurité sociale	616		-1 905		-10 194	
Rétrocession à l'Etat du prélèvement de solidarité					-2 567	
Mise en place de FAR sur de nouvelles recettes fiscales					-100	
Evolution résiduelle		0,3		2,6		2,4

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : Les organismes de sécurité sociale ne bénéficient pas toujours de l'intégralité de ces produits, qui peuvent faire l'objet d'une répartition avec d'autres organismes publics relevant par exemple de la sphère Etat, comme c'est le cas selon les années pour les droits tabacs ou les prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, une partie de ces rendements peut être affectée à des organismes de sécurité sociale autres que les régimes de base ou le FSV. Les rendements totaux présentés ici ont vocation à présenter les évolutions économiques indépendamment de ces effets de répartition.

L'assiette de la taxe sur les salaires (TS) a quant à elle connu une évolution spontanée de 3,6%, proche de celle de la masse salariale du secteur privé (3,5%). Cette évolution explique une progression de 0,5 Md€ de son rendement.

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital et le forfait social, qui n'ont pas fait l'objet d'un changement de législation, ont également eu une évolution très dynamique (cf. tableau 2). Le produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a augmenté de 6%, générant 0,5 Md€ de recettes supplémentaires. Enfin, l'évolution spontanée du forfait social (+4,8%) a pour sa part rapporté 0,2 Md€.

Une exception notable à cette dynamique d'ensemble est la taxe sur les tabacs dont l'évolution résiduelle a été faible (+0,2%). Les volumes de consommation avaient fortement baissé en 2016, avant de se stabiliser en 2017.

En 2018, le produit des contributions, impôts et taxes serait en très forte baisse

Cette baisse atteindrait -15,5 %. Les transferts de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale expliqueraient à eux seuls 19,6 points de la dégradation du rendement net, tandis que l'évolution spontanée de l'assiette des recettes fiscales et contributions atténuerait la baisse de 2,4 points. L'effet des mesures nouvelles aurait pour sa part un impact négligeable sur l'évolution des recettes, les mesures d'économie compensant les mesures de dépenses.

Le contrecoup des mesures exceptionnelles de 2017 serait neutralisé par les mesures nouvelles décidées en LFSS 2018

Le contrecoup des recettes exceptionnelles de 2017 (cf. *supra*) expliquerait 1,4 point de la dégradation totale des recettes. L'abattement sur les plus-values immobilières, décidé en LFI 2018, aurait quant à lui un coût de 0,15 Md€, auquel s'ajoute la suppression de la quatrième tranche de la TS, estimée à 0,15 Md€. Le coût total de ces pertes de recettes serait contrebalancé par le surplus de recettes provoqué par les mesures nouvelles relatives aux droits des tabacs (0,5 Md€, cf. encadré 2), le « verdissement » du barème de la TVS (0,1 Md€), le relèvement de la fiscalité sur les boissons sucrées (0,1 Md€) et des évolutions du régime fiscal des attributions gratuites d'actions (0,15 Md€). De plus, le compte tendanciel présenté ici inclut le contrecoup de la non compensation en 2017 du CITS qui majorerait le rendement de la TS à hauteur de 0,5 Md€.

En 2018, l'affectation de nouvelles recettes à l'Etat représenterait réduirait de 14,1 Md€ les recettes de la sécurité sociale

Cette réduction résulterait très largement de la modification de la clé de TVA affectée à la CNAM, qui passe de 7,03% en 2017 à 0,34% en 2018. L'impact estimé de ce changement de clé en 2018 serait de 10,2 Md€, faisant passer le poids de la TVA dans le produit net des recettes fiscales et contributions de 14% en 2017 à 1% en 2018, soit 15,9 points de la dégradation des recettes. La rétrocession à l'Etat du prélèvement de solidarité représenterait par ailleurs un coût de 2,6 Md€ (3,6 points). Enfin, la généralisation des frais d'assiette et de recouvrement, au taux de 0,5%, sur toutes les recettes fiscales et contributions recouvrées par l'Etat aurait un coût estimé à 0,1 Md€.

L'évolution résiduelle de l'assiette atténuerait la dégradation du rendement des recettes fiscales et contributions à hauteur de 2,4 points

Cette évolution résulterait de la bonne dynamique de l'assiette spontanée de plusieurs recettes majeures. L'assiette de la TS, qui en 2018 représente près de 25% du total des recettes fiscales et contributions sociales, évoluerait spontanément de 3,6%, soit une amélioration de 0,5 Md€ du rendement de la TS.

Les assiettes spontanées du forfait social (+3,6%) et de la CSSS (+3,1%) contribueraient également à la bonne tenue de l'évolution résiduelle des recettes. D'autres assiettes demeurent moins dynamiques (TSCA, +2,2%, taxes sur les alcools et boissons non-alcoolisées (+1,8%)), d'autres enfin diminuent tendanciellement (TVS, -8,0%).

Tableau 2 - Contributions sociales (hors CSG), impôts et taxes bruts affectés aux organismes de sécurité sociale

	en millions d'euros					
	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Contribution sociales et recettes fiscales brutes - Tous affectataires	71 272	-1,3	72 354	1,5	61 285	-15,3
Taxe sur les salaires*	13 515	2,7	13 531	0,1	14 340	6,0
TVA nette	11 694	6,1	10 327	-11,7	579	--
Taxes tabacs	11 547	-1,7	11 868	2,8	12 376	4,3
Prélèvement social et de solidarité sur le capital	8 077	2,0	8 559	6,0	6 008	-29,8
Forfait social	5 246	4,5	5 496	4,8	5 696	3,6
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	4 468	0,6	4 510	1,0	4 594	1,8
Contribution sociale de solidarité des sociétés (yc additionnelle et supplémentaire)	3 552	-23,4	3 562	0,3	3 672	3,1
Contribution solidarité autonomie (CSA) sur les revenus d'activité	1 920	1,5	1 976	3,0	2 045	3,5
Contribution tarifaire d'acheminement	1 436	0,4	1 435	-0,1	1 435	0,0
Taxe de solidarité additionnelle (TSA)	4 736	6,7	4 810	1,6	4 906	2,0
Taxes médicaments	1 024	-0,5	984	-3,9	1 017	3,4
TSCA automobile	1 021	-7,3	1 010	-1,0	1 033	2,2
Contribution add. de solidarité autonomie (CASA) sur les revenus de remplacement	742	2,9	744	0,3	765	2,8
Taxe sur les véhicules de société (ART 1010 CGI)	542	-10,2	798	++	684	-14,3
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	425	0,2	397	-6,5	405	2,0
Contribution add. au prélèvement social (CAPS) sur les revenus du capital	373	6,0	394	5,6	401	1,5
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	213	--	294	37,9	461	++
Taxes sur les produits alimentaires	194	2,8	200	2,9	204	1,8
Droits de plaidoirie	79	-8,9	86	9,0	86	0,0
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	30	-19,6	27	-10,5	27	0,0
Préciput - assurance vie	-5	--	0	--	0	0,0
Redevance sur les hydrocarbures	2	-18,1	1	-21,0	1	0,0
Autres contributions, impôts et taxes	443	-18,5	1 344	++	552	--

Source : DSS/SDEPF/6A

*En 2017, le rendement de la taxe sur les salaires est net de la provision pour réduction de produits comptabilisée au titre du CITS (315 M€).

Encadré 2 • Les taxes sur le tabac

En 2017, le rendement des droits de consommation sur le tabac s'est élevé à 11,42 Md€. Deux mesures nouvelles d'augmentation de la fiscalité en 2017 ont participé à la hausse du rendement pour un montant évalué à environ 163 M€ :

- l'augmentation de l'accise proportionnelle sur le tabac à rouler décidée en LFSS pour 2017 (passage de 32,0% à 37,7%). Cette mesure, dont le rendement a été estimé à 120 M€, a permis d'entamer la convergence de la fiscalité de ces produits vers celle des cigarettes, afin de lutter contre les effets de substitution entre ces produits ;
- la hausse des minima de perception (+10% en novembre 2017) en amont de l'augmentation de la fiscalité votée dans le cadre de la LFSS pour 2018 avec des recettes supplémentaires estimées à environ 40 M€. Cette mesure visait à anticiper la hausse des prix par un relèvement de 10 % dès novembre 2017 des minima de perception des différentes catégories fiscales. Le minimum de perception correspond à une valeur minimale de droits de consommation perçus pour 1 000 unités de produits du tabac.

Par ailleurs, l'année 2017 se traduit, malgré une baisse des volumes de tabac mis à la consommation (-2,2%), par une augmentation du marché en valeur liée aux mesures de fiscalité évoquées précédemment. Le droit de licence pesant sur les débitants de tabac a connu un rendement de 330 millions d'euros en 2017, soit une progression de 0,8% par rapport à 2016.

Enfin, la taxe pesant sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabac, créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, a engendré une recette de 115 M€, dont le produit a été affecté à la CNAM pour financer le fonds de prévention et de lutte contre le tabagisme.

L'année 2018 a été marquée par une mesure importante votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui conduit à augmenter la fiscalité applicable de manière graduée, afin de permettre une hausse du prix moyen du paquet de cigarettes pour le porter à 10 euros environ au 1^{er} novembre 2020.

Compte tenu de l'effet incertain de ce relèvement significatif de la fiscalité et des prix sur la consommation de tabac, l'impact de la hausse des prix a été évalué de manière conventionnelle. L'impact sur la consommation varie en fonction de l'élasticité de la demande au prix. Dans la littérature économique, l'élasticité est généralement comprise entre -0,3 et -0,5 (la méta-analyse de Gallet et List [2003] étudie 523 élasticités-prix et l'estime en moyenne à -0,48). Une hypothèse d'élasticité supérieure de -0,75 a toutefois été retenue pour la première hausse en 2018 compte tenu de l'ampleur de la mesure et de son caractère global, puisqu'elle porte sur tous les produits de tabac dans une logique affirmée de réduction de la consommation :

- ce niveau est proche des effets de la dernière hausse de fiscalité sur les tabacs d'ampleur commensurable, qui date du début des années 2000 ;
- l'élasticité-prix de la demande liée à la hausse des prix des tabacs à rouler suite à l'augmentation de fiscalité décidée en LFSS 2017 a été estimée à -0,5.

En conséquence, et compte tenu des incertitudes liées aux comportements des fumeurs devant une hausse de fiscalité d'une telle ampleur, il a été retenu l'hypothèse d'une élasticité prix de -0,75 qui devrait conduire à une augmentation du rendement d'environ 500 M€. Les premières données de prix et de volume mis à la consommation sur le début d'année 2018 semblent cohérentes avec les hypothèses retenues.

La répartition des recettes au sein du régime général et du FSV est profondément modifiée en 2017 et 2018

En 2017 les recettes fiscales et contributions ont augmenté de 1,9%

Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale des pertes liées au pacte de responsabilité, des réaffectations importantes de recettes ont été opérées (cf. fiche 3.1). Elles se sont faites dans un souci de rationalisation. Par ailleurs, ces réaffectations de recettes visaient à limiter le déficit de la branche maladie en mobilisant une partie de l'excédent de la CNAV.

Ainsi, la branche maladie a enregistré une forte croissance de ses recettes fiscales de 4,8% en 2017. Elle est devenue l'unique affectataire des taxes tabacs (+2,6 Md€) et a vu augmenter sa fraction de taxe de solidarité additionnelle. Elle a par ailleurs reçu les sommes mises en réserve à la section III du FSV (+0,9 Md€). Enfin, sa quote-part de taxe sur les salaires a été augmentée. A l'inverse, la branche maladie a enregistré une diminution de 1,4 Md€ de produit de TVA nette ainsi que la perte des recettes de CSSS au profit de la CNAV pour un montant de 2 Md€.

L'évolution du rendement des recettes de la branche famille sur le champ des contributions et taxes s'est élevée à +10,3% en 2017 et reflète la compensation de la baisse du taux de cotisation (cf. fiche 1.5). Ainsi, la fraction de TS affectée à la branche famille a été relevée pour un gain de 2,6 Md€ et la TVS lui est intégralement affectée (+0,2 Md€). Ces gains sont amoindris par le transfert de la TSA à la CNAM et au fonds CMU et le transfert de ses droits tabac à la CNAM.

La CNAV a connu une contraction de ses recettes fiscales de 3,1% en 2017 du fait notamment de la diminution importante de sa fraction de TS (-3 Md€). A l'inverse, elle bénéficie désormais de l'intégralité du rendement de CSSS (surplus de recette de 2 Md€). En 2017, la branche vieillesse s'est aussi vu attribuer les contributions sur avantages de retraite et préretraite au détriment du FSV. Mais en contrepartie, le transfert que lui verse ce dernier au titre du minimum contributif a diminué (cf. fiche 4.6). Le FSV et n'a désormais comme seule contribution sociale que les prélèvements sur les revenus du capital et s'est de surcroît vu retirer une fraction de ceux-ci au profit de la CNSA. Au global, ces changements d'affectation se sont traduits pour le FSV par une diminution des recettes fiscales et contributions de 7,1%.

En 2018 le produit des contributions, impôts et taxes devrait chuter de 18,4%

La LFSS pour 2018 présente plusieurs mesures qui modifient l'affectation des recettes fiscales entre branches. La mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs génère un important gain de CSG pour la CNAM qui est ensuite dirigé en partie vers l'ACOSS, via la TVA, pour que celle-ci compense à l'assurance chômage la suppression des cotisations salariales. En outre, les baisses de cotisations famille des non-salariés entraînent une nouvelle modification des clés de répartition de la taxe sur les salaires (cf. fiche 1.1).

La branche maladie verrait donc le montant de ses produits diminuer de 35,2% en 2018, représentant une perte de recettes de 11,2 Md€. Cela serait dû principalement à la diminution de ses produits de TVA (-9,8 Md€) et de TS (-1,3 Md€) en raison de la modification des clés d'affectation de ses taxes au profit de l'ACOSS pour la TVA et de la CNAF pour la TS. La CNAM supporterait également le contrecoup de l'affectation exceptionnelle des réserves de la section III du FSV pour un montant de 0,9 Md€ en 2017. Ces effets seraient très légèrement atténués par les mesures portant sur les taxes tabacs.

Le FSV serait également perdant suite aux modifications d'affectation des recettes entre l'Etat et la sécurité sociale. Ses contributions sociales hors CSG diminueraient de 38,8% en 2018 du fait de la rétrocession du prélèvement de solidarité à l'Etat, soit une perte de recette de 2,6 Md€. Le FSV n'a plus en 2018 comme unique recette autre que la CSG que le prélèvement social sur les revenus de placement et du patrimoine.

L'agrégat des impôts, taxes et autres contributions sociales de la CNAF progresserait de 24,3% du fait du transfert d'une fraction de la TS de la branche maladie vers la branche famille. Ce transfert représenterait un surplus de recettes de 1,8 Md€. La mesure nouvelle portant sur le barème de la taxe sur les véhicules de société provoquerait quant à elle un surplus de recette de 0,1 Md€ pour la branche famille.

La CNAV connaîtrait une hausse de ses recettes de 4,4% en raison d'une évolution en prévision très dynamique de l'assiette spontanée du forfait social (+3,6%) et de la CSSS (+3,1%). Au total, les recettes de la CNAV augmenteraient de 0,6 Md€ en 2018.

Tableau 3 – Contributions sociales (hors CSG), impôts et taxes par affectataire du régime général et du FSV

en millions d'euros

	2015	%	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Forfait social	-3	--	0	--	-1	--	0	
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	1	--	8	++	-7	--	0	
Prélèvement social les les revenus du capital	2 562	1,3	-20	--	-4	--	0	
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	1 133	6,8	-12	--	0	--	0	
Prélèvement social sur les revenus des placements	1 429	-2,7	-8	--	-4	--	0	
Prélèvement de solidarité les les revenus du capital	2 439		-23		-5	--	0	
Prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine	1 104		-11		0	--	0	
Prélèvement de solidarité sur les revenus des placements	1 334		-12		-5	--	0	
Contribution sur les jeux et paris	0	-	0	-	0	-	0	-
Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants	144	-3,3	148	2,5	146	-1,2	248	++
Contributions sociales (hors CSG) - Branche maladie	5 142	++	112	--	129	15,0	248	++
Impôts et taxes liés à la consommation	17 947	-5,0	22 779	26,9	23 742	4,2	14 594	-38,5
Taxes sur les produits alimentaires	0	-	194	-	-21	--	0	--
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	5	--	1 667	++	1 598	-4,1	1 692	5,9
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	6 570	-2,5	8 897	++	11 394	28,1	11 872	4,2
Taxe fournisseur tabac	0		0		115	-	115	0,0
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs (ART 568 CGI)	330	1,7	327	-0,9	330	0,8	337	2,1
TSCA automobile	20	++	0		0	-	0	
TVA nette (hors compensation d'exonérations)	11 022	-6,6	11 694	6,1	10 327	-11,7	579	--
Taxes médicaments	1 029	-7,5	1 024	-0,5	983	-3,9	1 017	3,4
Contribution grossistes répartiteurs (L 138-1 CSS)	255	-14,6	265	4,0	296	11,8	306	3,3
Contribution sur les dépenses publicité (L245-1 CSS)	154	-26,2	151	-1,5	152	0,5	51	--
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux (art. L. 245-5-4 du CSS)	43	20,0	57	30,4	48	-15,4	31	-34,4
Contribution sur le chiffre d'affaires de l'article L. 245-6 du CSS	411	2,6	421	2,4	390	-7,2	403	3,3
Taxes médicaments CGI et CSP	133	-21,6	130	-2,0	67	--	69	2,3
TSCA maladie - TSA	1 174	-1,4	1 280	9,1	2 225	++	2 418	8,7
Contribution exceptionnelle des OC au financement de la mobilisation nationale contre la pandémie grippale	0	--	0	--	0	--	0	--
Taxe sur les contributions à la prévoyance	0	--	0	--	0	--	0	--
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA, art. 1001 du CGI)	1 174	-1,4	1 280	9,1	2 225	++	2 418	8,7
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	596	-	4 406	++	3 074	-30,2	1 814	-41,0
Taxe sur les salaires*	0	-	2 325	-	3 082	32,6	1 814	-41,1
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	596	-	2 082	++	-9	--	0	--
Autres impôts et taxes	136	--	28	--	903	++	28	--
Recettes fiscales - Branche maladie	20 882	-3,0	29 517	++	30 927	4,8	19 871	-35,7
Branche maladie	26 024	7,4	29 630	13,9	31 056	4,8	20 119	-35,2
Forfait social	4 021	2,6	5 242	++	5 495	4,8	5 696	3,7
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	200	-4,8	191	-4,3	407	++	405	-0,4
Prélèvement social les les revenus du capital	1 393	2,2	-18	--	-5	--	0	
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	635	6,4	-7	--	0	--	0	
Prélèvement social sur les revenus des placements	757	-1,0	-11	--	-5	--	0	
Sommes en déshérence (Art. L. 135-3 10° bis et ter du CSS)	0		0		9	-	24	++
Contributions sociales (hors CSG) - CNAV	5 613	2,2	5 416	-3,5	5 907	9,1	6 125	3,7
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	8 911	27,1	9 750	9,4	8 790	-9,8	9 217	4,8
Taxe sur les salaires*	7 043	0,4	8 258	17,2	5 207	--	5 518	6,0
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	1 868	-	1 492	-20,1	3 584	++	3 672	2,5
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	0		0		0	-	27	-
Autres impôts et taxes	9	--	0	--	0	--	0	
Recettes fiscales CNAV	8 920	25,1	9 750	9,3	8 790	-9,8	9 217	4,8
CNAV	14 534	15,1	15 166	4,4	14 697	-3,1	15 341	4,4
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	490	26,5	205	--	301	++	461	++
Contribution sur les jeux et paris	220	2,8	232	5,3	241	3,8	252	4,5
Prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euros ("préciput")	904	-16,6	-5	--	0	--	0	
Contributions sociales (hors CSG) - Branche famille	1 614	-4,2	432	--	541	25,3	712	31,6
Impôts et taxes liés à la consommation	2 121	4,0	2 045	-3,6	1 011	--	1 033	2,2
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	1 040	1,9	1 025	-1,4	0	--	0	--
TSCA automobile	1 081	6,0	1 020	-5,7	1 010	-0,9	1 033	2,2
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	2 973	-30,6	3 137	5,5	6 040	++	7 692	27,4
Taxe sur les véhicules de société (ART 1010 CGI)	603	-11,0	542	-10,2	798	++	684	-14,3
Taxe sur les salaires*	2 370	-34,3	2 595	9,5	5 242	++	7 008	33,7
TSCA maladie - TSA	1 128	-0,5	1 271	12,7	0	--	0	
Autres impôts et taxes	5	--	0	--	0	--	0	
Recettes fiscales - Branche famille	6 227	-17,3	6 453	3,6	7 051	9,3	8 725	23,7
Branche famille	7 841	-14,9	6 885	-12,2	7 592	10,3	9 437	24,3
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	35	-2,5	35	-0,7	0	--	0	
Autres impôts et taxes	2	--	0	--	0	--	0	
CNAM-AT	37	--	35	-5,3	0	--	0	--
Contribution sociales et recettes fiscales - Régime général	48 436	4,9	51 715	6,8	53 345	3,2	44 898	-15,8
Forfait social	1 003	0,3	3	--	2	-32,9	0	
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	224	15,2	233	4,3	-10	--	0	
Prélèvement social les les revenus du capital	0	--	4 202		4 118	-2,0	4 166	1,2
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	0	--	1 978		1 896	-4,1	1 976	4,2
Prélèvement social sur les revenus des placements	0	--	2 225		2 221	-0,2	2 190	-1,4
Prélèvement de solidarité les les revenus du capital	0	--	2 509		2 639	5,2	0	--
Prélèvement solidarité sur les revenus du patrimoine	0		1 181		1 215	2,9	0	--
Prélèvement solidarité sur les revenus des placements	0		1 328		1 424	7,2	0	--
Sommes en déshérence (Art. L. 135-3 10° bis et ter du CSS)	15	24,1	17	14,2	38	++	0	--
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés au FSV	1 242	2,9	6 965	++	6 788	-2,5	4 166	-38,6
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	809	--	-22	--	-10	--	0	
Contribution additionnelle à la CSSS (art. L. 245-13 du CSS)	0	--	0	-	-3	-	0	
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	37	0,6	30	-19,6	27	-10,5	0	
Taxe sur les salaires*	3 752	++	338	--	0	--	0	
Autres impôts et taxes	0	--	11	--	0	--	0	
Recettes fiscales du FSV	4 598	-8,9	357	--	13	--	0	
FSV	5 839	-6,6	7 322	25,4	6 801	-7,1	4 166	-38,8
Contribution sociales et recettes fiscales - Régime général et FSV	54 275	3,5	59 037	8,8	60 146	1,9	49 064	-18,4

Source : DSS/SDEPF/6A.

*En 2017, le rendement de la taxe sur les salaires est net de la provision pour réduction de produits comptabilisée au titre du CITS (315 M€). La perte de recettes est de 72 M€ pour la branche famille, 122 M€ pour la branche famille et de 121 M€ pour la CNAV.

1.9 Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital

En 2017, le produit net des prélèvements sociaux sur les revenus du capital s'est élevé à 20,1 Md€, en hausse de 4,9% par rapport à 2016 (cf. tableau 1). Cette progression résulte essentiellement de la croissance de l'assiette des produits de placement dans un contexte d'expansion du marché immobilier.

En 2018, la hausse du taux de CSG, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (cf. encadré 2), engendrerait une augmentation significative du produit net des prélèvements sociaux, qui progresserait de 11,5% pour s'établir à 22,4 Md€ tous affectataires confondus.

En 2017, une progression significative des recettes en lien avec le dynamisme du marché immobilier

La hausse du produit net des prélèvements sociaux sur les revenus du capital est cohérente avec l'évolution spontanée de l'assiette de ces prélèvements, qui s'est élevée à 4,7%. L'impact net des mesures nouvelles est en effet resté résiduel, à hauteur de 0,1 point (cf. tableau 2).

La croissance des recettes nettes s'explique notamment par l'expansion de l'assiette des produits de placement (+9,4%) ; en particulier, les plus-values immobilières, qui en constituent la principale sous-assiette, ont progressé de plus de 20% en raison du rebond marqué du marché immobilier en 2017. Par ailleurs, le dénouement des produits d'épargne bloquée, assujettis aux prélèvements sociaux lors du retrait des capitaux investis (plans d'épargne logement, plans d'épargne en actions, compartiments en unités de comptes des contrats d'assurance-vie), a contribué dans les mêmes proportions à la croissance spontanée des recettes.

Néanmoins, le dynamisme de l'assiette des produits de placement a été tempéré par l'impact négatif des mesures nouvelles, à hauteur de -2 points. En particulier, la poursuite du contrecoup de l'assujettissement au fil de l'eau depuis juillet 2011 des produits acquis sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie continue à peser sur les recettes (-0,2 Md€). Au total, le produit brut des prélèvements assis sur les produits de placement a cru de 7,8% pour s'établir à 11 Md€.

Le produit brut des prélèvements sur les revenus du patrimoine a également progressé mais dans une moindre mesure (+1,6%). Les recettes se sont élevées à 9,1 Md€, après déduction des frais facturés par l'État au titre du recouvrement de ces prélèvements par voie de rôle (-0,4 Md€). La progression des sous-assiettes relatives aux revenus fonciers (+1,5%) et aux plus-values sur valeurs mobilières (+5%) a été amortie par la forte contraction (-0,2 Md€) des montants recouverts par le service de traitement des déclarations rectificatives (STDR). Ce service, mis en place en 2013 et supprimé à compter de 2018 (cf. encadré 2), a permis aux contribuables détenant des avoirs non déclarés à l'étranger de se mettre en conformité avec la législation fiscale française ; la diminution des recettes générées par le STDR provient de ce que les dossiers aux enjeux financiers les plus lourds ont pu être traités par l'administration fiscale au cours des années antérieures.

En 2018, une évolution du produit des prélèvements fortement déterminée par l'impact des mesures nouvelles

Le produit global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital progresserait de plus de 11% en 2018 et s'établirait à 22,4 Md€ (+2,3 Md€ par rapport à 2017).

Cette hausse significative des recettes totales des prélèvements sociaux s'explique essentiellement par la hausse du taux de CSG décidée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (cf. encadré 2) ; cette mesure, qui porte le taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital de 15,5% à 17,2% à compter du 1^{er} janvier 2018, engendrerait une augmentation de 2 Md€ du rendement net de ces prélèvements (cf. tableau 2).

Toutefois, compte tenu de l'affectation à l'État du produit du prélèvement de solidarité au taux de 2% (cf. tableau 3), la part des recettes effectivement reversées aux organismes de sécurité sociale s'élèverait à 19,8 Md€ en 2018, en diminution de 1,5% par rapport à 2017.

Encadré 1 • Les prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, recouverts par les services fiscaux, sont de deux types :

- les prélèvements sociaux sur « **revenus de placement** » font l'objet d'un précompte par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est principalement composée des plus-values immobilières, des intérêts et primes d'épargne des comptes et plans d'épargne logement, des produits d'assurance-vie, des produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions, des intérêts des comptes sur livrets, revenus obligataires, dividendes...
- les prélèvements sociaux sur « **revenus du patrimoine** » sont calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus et sont acquittés de manière similaire et, depuis 2013, en même temps que l'impôt sur le revenu. Compte tenu de ce processus de recouvrement, les différentes contributions sont prélevées avec un décalage d'un an par rapport à la réalisation des revenus taxés. L'assiette de ces prélèvements est principalement composée des revenus fonciers et des plus-values sur valeurs mobilières.

Tableau 1 • Évolution des prélèvements sociaux sur les revenus du capital par attributaire depuis 2014

En millions d'euros

	2014	2015	%	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Prélèvements sur les revenus du patrimoine									
<i>Taux de prélèvement</i>	15,5%	15,5%		15,5%		15,5%		17,2%	
CSG	4 408	4 579	3,9%	5 043	10,1%	5 044	0,0%	6 269	24,3%
CNAM	3 180	3 295	3,6%	40	-98,8%	0		0	
CNAF	469	486	3,6%	6	-98,8%	0		0	
FSV	481	475	-1,2%	4 620	873,2%	4 675	1,2%	5 889	26,0%
CADES	248	268	8,1%	372	39,1%	369	-0,9%	380	3,0%
CNSA	31	56	78,5%	4	-93,1%	0		0	
Prélèvement social	2 302	2 485	8,0%	2 631	5,9%	2 734	3,9%	2 849	4,2%
CNAM	1 061	1 133	6,8%	-12	-101,1%	0		0	
CNAV	597	635	6,4%	-7	-101,1%	0		0	
FSV	0	0		1 978		1 896	-4,1%	1 976	4,2%
CNSA	0	0		679		838	23,4%	874	4,3%
CADES	644	717	11,3%	-7	-100,9%	0		0	
CRDS	260	283	8,9%	318	12,1%	313	-1,4%	317	1,1%
Contribution additionnelle au prélèvement social	155	165	6,6%	175	5,8%	182	4,0%	190	4,4%
Prélèvement de solidarité	1 020	1 104	8,2%	1 170	5,9%	1 215	3,9%	1 266	4,2%
Total Patrimoine	8 146	8 617	5,8%	9 336	8,3%	9 488	1,6%	10 891	14,8%
Prélèvements sur les revenus de placement									
<i>Taux de prélèvement</i>	15,5%	15,5%		15,5%		15,5%		17,2%	
CSG	5 101	5 091	-0,2%	5 397	6,0%	5 815	7,7%	6 799	16,9%
CNAM	3 686	3 677	-0,2%	-38	-101,0%	-16		0	
CNAF	549	546	-0,5%	-5	-101,0%	-3		0	
FSV	536	508	-5,2%	5 042	893,4%	5 408	7,3%	6 378	17,9%
CADES	299	298	-0,3%	396	32,8%	426	7,7%	421	-1,1%
CNSA	33	63	92,7%	3	-95,7%	0		0	
Prélèvement social	3 042	2 992	-1,6%	2 961	-1,0%	3 192	7,8%	3 159	-1,0%
CNAM	1 468	1 429	-2,7%	-8	-100,6%	-4		0	
CNAV	765	757	-1,0%	-11	-101,4%	-5		0	
FSV	0	0		2 225		2 221	-0,2%	2 190	-1,4%
CNSA	0	0		764		982	28,6%	969	-1,4%
CADES	810	806	-0,5%	-9	-101,1%	-4		0	
CRDS	306	310	1,2%	329	6,1%	355	7,8%	351	-1,0%
Contribution additionnelle au prélèvement social	188	187	-0,4%	199	6,2%	213	7,0%	211	-1,0%
Prélèvement de solidarité	1 276	1 334	4,5%	1 316	-1,3%	1 419	7,8%	1 404	-1,0%
Préciput	1 084	904	-16,6%	0		0		0	
Total placement	10 998	10 819	-1,6%	10 202	-5,7%	10 993	7,8%	11 924	8,5%
Total									
Produit total sur les revenus du capital	19 144	19 435	1,5%	19 538	0,5%	20 481	4,8%	22 815	11,4%
<i>Frais d'assiette sur le patrimoine</i>	-35	-36	5,4%	-40	8,9%	-40	1,9%	-54	34,8%
<i>Frais d'assiette sur les placements</i>	-19	-20	3,0%	-50	151,6%	-54	7,3%	-60	10,3%
<i>Dégrèvements</i>	-292	-296	1,1%	-327	10,5%	-324	-0,9%	-328	1,4%
Produit total net sur les revenus du capital	18 798	19 083	1,5%	19 121	0,2%	20 063	4,9%	22 372	11,5%

Source : DSS/SDEPF/6A

Note 1 : Les données relatives aux prélèvements sur les produits du patrimoine sont brutes des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et des frais de dégrèvements et de non valeur (FDNV) prélevés au profit de l'Etat. Les FAR, au taux de 0,5%, couvrent les frais engagés par les services de l'Etat pour liquider, mettre en recouvrement et contrôler le montant des prélèvements sociaux dus. Les FDNV, au taux de 3,6%, sont la contrepartie de la garantie par l'Etat de l'affectation du montant total des émissions et correspond donc au risque de non recouvrement assumé par l'Etat.

Les données relatives aux prélèvements sur les produits de placement sont brutes de FAR, les risques de non recouvrement et de non valeur étant assumés par les affectataires.

À législation constante, l'évolution spontanée du produit des prélèvements sociaux resterait positive (+1,4%). En particulier, la croissance de l'assiette des revenus fonciers et des plus-values sur valeurs mobilières se poursuivrait en 2018 et contribuerait à hauteur de 2,9 points à l'augmentation des recettes des prélèvements assis sur les revenus du patrimoine, en dépit de l'extinction programmée des recettes générées par le service de traitement des déclarations rectificatives (STDR) en 2018.

En revanche, l'évolution spontanée de l'assiette des prélèvements assis sur les produits de placement se stabiliserait à hauteur de 0,1%. Par ailleurs, certaines mesures nouvelles résiduelles, instituées antérieurement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, joueraient encore un effet baissier sur le rendement de ces recettes (cf. encadré 2).

Encadré 2 • Principales modifications législatives et réglementaires affectant le produit des prélèvements sur les revenus du capital en 2017 et 2018

Mesures adoptées en 2017 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Hausse du taux de CSG et suppression pour l'avenir du mécanisme des « taux historiques »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu le rehaussement de 1,7 point du taux de CSG, en contrepartie d'une diminution de taux des cotisations pesant sur les revenus d'activité. Par conséquent, le taux de CSG pesant sur les revenus du patrimoine et de placement a été porté de 8,2% à 9,9% à compter du 1^{er} janvier 2018. Le taux global des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital s'établit ainsi à 17,2%, ce qui correspond à une hausse de 11% du taux auparavant applicable, fixé à 15,5%. Dans ces conditions, l'impact théorique de la mesure sur le produit des prélèvements sociaux serait de l'ordre de +2,3 Md€.

Néanmoins, une partie marginale de cet impact, correspondant à un produit d'environ 0,2 Md€, est reporté dans le temps en raison du maintien partiel du mécanisme de taxation dit des « taux historiques » pour certains produits de placement. En effet, les produits générés au titre de plans d'épargne assujettis aux prélèvements sociaux lors de leur dénouement (plans d'épargne en action, plans d'épargne salariale notamment) restent soumis, pour une part de ces produits attachés à des versements antérieurs à 2018, aux taux de prélèvements en vigueur au moment de leur constatation. Par conséquent, seuls les produits générés à compter du 1^{er} janvier 2018 sont susceptibles, le cas échéant, d'être assujettis au nouveau taux de CSG à raison du dénouement des plans auxquels ils se rattachent.

Transfert à l'État de l'affectation du prélèvement de solidarité

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu d'affecter à l'État le produit du prélèvement de solidarité de 2% recouvré à compter du 1^{er} janvier 2018. Compte tenu par ailleurs de la hausse du taux de la CSG évoquée *supra*, la modification des modalités d'affectation du prélèvement de solidarité conduit à minorer la fraction représentative du taux global des prélèvements sociaux reversés aux organismes de sécurité sociale, qui est portée de 15,5% en 2017 à 15,2% en 2018.

Mesures instituées antérieurement à 2017 ayant un impact en 2017 et 2018

Réforme du régime de l'assurance-vie en vue d'une meilleure contribution au financement de l'économie

En règle générale, les prélèvements sociaux applicables aux produits attachés à des supports euros de contrats d'assurance-vie sont acquittés au fil de l'eau lors de l'inscription de ces produits au compte. Toutefois, pour ce qui concerne les contrats d'assurance-vie dits « euro-croissance » instaurés à compter de 2014, il a été prévu que les prélèvements sociaux ne s'appliquent qu'au dénouement de ces contrats à raison de l'intégralité de la plus-value générée, selon les taux de prélèvements en vigueur à la date du dénouement. Cette mesure, qui contribue à reporter dans le temps une fraction du produit des prélèvements sociaux sur les revenus de placement, engendrerait une perte de recettes de l'ordre de 30 M€ en 2017 et en 2018.

Taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans le compartiment en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports

Les intérêts acquis depuis juillet 2011 dans les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports sont soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus de placement au moment de leur inscription au contrat. Cette anticipation du versement des prélèvements a apporté une recette anticipée en 2011, dont un contrecoût annuel est prévu jusqu'en 2019 à hauteur de -180M€.

Taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans les plans d'épargne logement (PEL) ouverts depuis 2011

Alors que jusqu'en 2011 les intérêts des PEL étaient taxés rétroactivement au bout de dix ans et au fil de l'eau après leur dixième anniversaire, les contrats ouverts depuis 2011 sont désormais taxés au fil de l'eau dès la première année. Cette modification législative se traduit par une recette nouvelle estimée à 40 M€ par an de 2011 à 2020, avec un contrecoût en 2021 de -0,4 Md€ lorsqu'il n'y aura plus de contrat à taxer au bout de dix ans.

Tableau 2 • Estimation de l'évolution à législation constante et de l'évolution due aux mesures nouvelles du produit des prélèvements sociaux (produit brut, y/c prélèvement de solidarité)

	En points		
	2016	2017	2018(p)
EVOLUTION SPONTANEE	0,6	4,7	1,4
dont produits de patrimoine	4,0	-0,3	2,9
dont produits de placement	-2,0	9,3	0,1
EFFETS DES MESURES NOUVELLES	-0,1	0,1	10,0
dont produits de patrimoine*	4,3	1,9	11,9
dont produits de placement	-3,7	-1,5	8,4
EVOLUTION GLOBALE	0,5	4,8	11,4
dont produits de patrimoine	8,3	1,6	14,8
dont produits de placement	-5,7	7,8	8,5

Source : DSS/SDFSS/5D

(*) Dont STDR

Tableau 3 • Évolution des clés de répartition du produit des prélèvements sociaux

	2015	2016	2017	2018
CSG	8,20%	8,20%	8,20%	9,90%
CNAM	5,90%			
CNAF	0,87%			
FSV	0,85%	7,60%	7,60%	9,30%
CNSA	0,10%			
CADES	0,48%	0,60%	0,60%	0,60%
Prélèvement social	4,50%	4,50%	4,50%	4,50%
CNAM	2,05%			
CNAV	1,15%			
FSV		3,35%	3,12%	3,12%
CNSA		1,15%	1,38%	1,38%
CADES	1,30%			
Prélèvement de solidarité	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
CNAM	2,00%			
FSV		2,00%	2,00%	
État				2,00%
Prélèvement social additionnel	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
CNSA	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
CRDS	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
CADES	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Total	15,5%	15,5%	15,5%	17,2%

Source : DSS/SDFSS/5D

2. LES DEPENSES

2.1 Vue d'ensemble des dépenses

Les comptes du régime général connaissent depuis plusieurs années d'importantes évolutions de leur périmètre. En 2015, les dépenses de la CNAF au titre des aides personnalisées au logement (4,5 Md€) ont été transférées à l'Etat suivies des allocations logement à caractère familial (4,6 Md€) un an plus tard. En 2016, la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMA) a conduit à intégrer aux comptes de la CNAM près de 23 Md€ de charges et de produits au titre des affiliés des autres régimes maladie (cf. encadré 1 fiche 4.2).

En 2017, le transfert à l'assurance maladie du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) a étendu le périmètre des dépenses (pour 1,5 Md€).

Enfin, la suppression du régime social des indépendants (RSI) au 1^{er} janvier 2018 conduit à intégrer les charges et produits du régime aux comptes du régime général. Dès lors, pour permettre l'analyse des prévisions 2018, les comptes 2017 sont présentés tels que certifiés par la Cour des Comptes, mais aussi en pro forma. Les évolutions 2018 sont commentées ci-dessous à périmètre constant.

Les dépenses du régime général et du FSV ont atteint 381,7 Md€ en 2017, en hausse de 2,4% par rapport à 2016 (cf. tableau 1). De par leur poids (91%) et leur dynamique (+2,6%), les prestations légales expliquent la quasi-totalité de la croissance de l'ensemble des dépenses.

La croissance des prestations légales est restée contenue malgré l'élargissement de leur périmètre

Quatre effets jouent sur l'évolution de la dépense de prestation :

- la dynamique spontanée des prestations, qui s'explique par des facteurs démographiques pour les prestations familles et vieillesse, par l'évolution de l'offre de soins et de la demande de soins pour les prestations maladie (rémunération des acteurs, intégration de médicaments innovants,...) ;
- leur revalorisation, le plus souvent fonction de l'inflation ;
- les mesures nouvelles ;
- et les changements de périmètre de dépenses (cf. encadré et graphique 1).

La dynamique spontanée des dépenses de prestations légales n'a globalement pas beaucoup changé (cf. graphique 1) : elle est estimée à +3,4% en 2017 après +3,3% en 2016.

La faible inflation contribue à la modération de la croissance des prestations légales. Elle n'a joué que pour 0,1 point sur la masse totale de prestations versées en 2017. Néanmoins, la revalorisation des pensions de retraite (+0,2% en moyenne annuelle), des prestations familiales et hors ONDAM (+0,3% en moyenne annuelle¹) a été légèrement plus élevée qu'en 2016 (0,1%).

L'ensemble des mesures (ONDAM, lois retraite, réforme de la politique familiale...) a freiné ces dépenses de 1,4 point en 2017. Les économies de l'ONDAM en expliquent à elles seules 1,1 point. L'effet du décalage de l'âge légal de départ en retraite en explique 0,4 point.

Enfin, l'intégration des dépenses des ESAT a dynamisé les dépenses à hauteur de 0,4 point.

Les dépenses de prestations légales ralentiraient en 2018, en dépit du rebond d'inflation

Les prestations légales servies par le régime général progresseraient de 2,2% en 2018 (en neutralisant l'effet de l'intégration du RSI). Cette progression résulterait d'une progression tendancielle de 3,2%. Le regain d'inflation (1% en 2017 et 1,1% prévu pour 2018) conduirait à des revalorisations des prestations familiales et des prestations maladie et AT-MP hors ONDAM de 0,8% en moyenne annuelle. La revalorisation des prestations vieillesse joue pour seulement 0,6% en moyenne annuelle, en raison du décalage, en LFSS pour 2018, de leur revalorisation du 1^{er} octobre au 1^{er} janvier de l'année suivante².

¹ Les prestations d'invalidité et les rentes d'incapacité permanente sont revalorisées comme les prestations familiales, au 1er avril.

² L'impact financier du décalage de la revalorisation des pensions est ici inclut dans l'effet « prix » et non dans l'effet « mesures », il est en effet difficile d'estimer le coefficient de revalorisation qui serait appliqué au 1er octobre 2018 en l'absence de réforme. Une estimation sommaire conduit à estimer à 0,1 point l'économie engendrée, qui majorerait d'autant la contribution de la revalorisation mais serait atténuée par la comptabilisation de l'impact en mesures nouvelles.

Encadré • Précisions méthodologiques et présentation du chapitre

Certains choix de présentation ont été faits pour cette fiche et l'ensemble du rapport. **Les charges et produits sont présentés en « net ».** Ils sont obtenus à partir des charges et des produits comptabilisés par les caisses après neutralisation symétrique de certaines écritures (transferts entre la CNSA et la CNAF portant sur l'ONDAM médico-social, reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, dotations aux provisions sur actifs circulants ; pour plus de précisions sur ces retraitements se référer à l'annexe 4 du PLFSS 2018). Ces neutralisations, sans impact sur les soldes, visent à approcher une évolution économique des charges et des produits. Les charges et produits sont en outre consolidés des transferts entre régimes (AVPF, prise en charge des cotisations des PAM et des gardes d'enfants dans le cadre de la PAJE, et des transferts entre le FSV et la CNAV (cf. fiche 5.4).

Par ailleurs, **la décomposition des charges présentées dans cette fiche s'avère différente de la présentation des transferts** faite dans la fiche 5.4. Les prises en charge de cotisations et de CSG par la CNAF au titre du complément mode de garde versés au régime général et à d'autres organismes de sécurité sociale figurent ici comme prestations de la CNAF et non en tant que transferts.

La présente fiche décrit globalement les dépenses du régime général et du FSV, leur décomposition par branche et par poste et leur évolution. Pour plus de précision sur les déterminants, il convient de se référer aux autres fiches des chapitres 2 et 3.

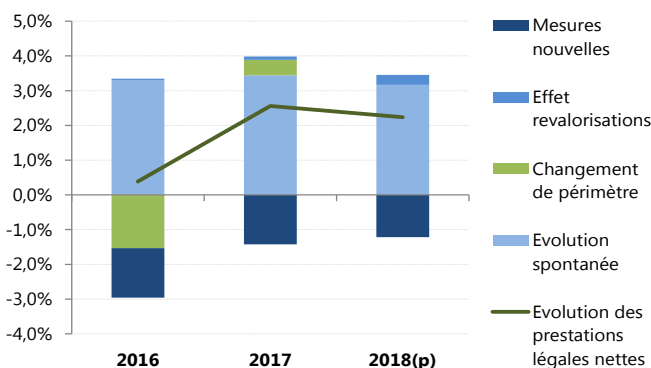
Ainsi, **les dépenses de la branche maladie et de la branche AT-MP** sont décrites au travers de plusieurs fiches. La fiche 2.2 apporte une analyse de l'évolution économique des dépenses de l'ensemble des régimes intégrés au champ de l'ONDAM. La fiche 2.4 permet de rapprocher la vision économique de l'ONDAM de la vision comptable des prestations en ce qui concerne le régime général. La fiche 2.3 présente les principaux déterminants de l'évolution des dépenses de soins de ville et la fiche 2.5 porte sur les dépenses n'entrant pas dans le champ de l'ONDAM. Par ailleurs, certaines fiches du chapitre 3 apportent une analyse complémentaire et spécifique des dépenses. Ainsi dans cette édition, l'analyse des dépenses de l'ONDAM est enrichie par un bilan du marché du médicament en 2017 (fiche 3.6), une analyse de la prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé (fiche 3.5) et enfin une étude sur l'évolution des soins de ville depuis 2010 (fiche 3.7).

Les **dépenses de la branche vieillesse** sont abordées notamment dans la fiche 2.6 qui présente les prestations de retraite de l'ensemble des régimes alignés et les déterminants de leur évolution. La fiche 3.2 présente globalement l'impact de la mise en œuvre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA). Enfin, les **dépenses de la branche famille** sont étudiées dans la fiche 2.7 qui présente leur évolution que ce soit pour les prestations familiales d'entretien ou les aides à la garde d'enfants.

L'effet des **revalorisations** présenté ici rapporte le taux de revalorisation en moyenne annuelle à la masse de prestations légales N-1. Les prestations maladie n'étant pour la plus part pas indexées, l'effet « prix » présenté sur l'ensemble du champ des prestations légales est mécaniquement inférieur au coefficient de revalorisation.

De même, l'effet des **mesures** est calculé en rapportant l'impact financier des mesures à la masse totale de prestations N-1. S'agissant des mesures sur le périmètre de l'ONDAM, l'objectif étant respecté ces dernières années, il est considéré que le quantum initialement prévu en LFSS est réalisé.

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des prestations légales par effet (en point)



Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 1 • Répartition des charges nettes du régime général et du FSV par type de dépenses

	2015	2016*	%	2017	%	Structure 2017	2017 pro forma	2018(p)	%
Prestations sociales nettes	318 186	343 663	8,0	352 650	2,6	92%	360 568	368 663	2,2
Prestations légales	312 846	338 142	8,1	346 792	2,6	91%	354 624	362 562	2,2
Prestations extralégales	5 341	5 522	3,4	5 858	6,1	2%	5 944	6 101	2,6
Transferts versés nets	20 086	16 987	-15,4	16 915	-0,4	4%	13 736	14 326	4,3
Transferts vers les régimes de base	12 288	9 344	-24,0	9 290	-0,6	2%	6 482	6 594	1,7
Transferts vers les fonds	6 878	6 581	-4,3	6 542	-0,6	2%	6 170	6 571	6,5
Autres transferts	919	1 062	15,5	1 083	2,0	0%	1 083	1 161	7,1
Charges de gestion courante	10 869	11 961	10,0	12 000	0,3	3%	12 289	12 202	-0,7
Charges financières	4	20	++	35	++	0%	35	1	--
Autres charges	57	98	73,2	84	-14,5	0%	92	85	-8,3
Ensemble des charges nettes du régime général et du FSV	349 201	372 730	6,7	381 685	2,4	100%	386 721	395 276	2,2

Source : DSS/SDEPF/6A.

(*) En 2016, les comptes sont présentés sur un champ PUMa, pas directement comparable à 2015. Pour une présentation détaillée des évolutions constatée en 2016 à périmètre constant, se reporter à la fiche 2.1. du rapport à la CCSS de juillet 2017.

Au total, l'effet des revalorisations jouerait pour 0,3 point sur la croissance attendue des prestations légales en 2018. Les mesures nouvelles pèseraient à hauteur de -1,2 point sur la croissance des dépenses de prestations légales : si le quantum de mesures sur le périmètre de l'ONDAM est plus important qu'en 2017 (4,0 Md€ après 3,6 Md€), l'effet du décalage de l'âge légal de départ en retraite est nul à partir de 2018, seul le décalage de l'âge du taux plein automatique jouera encore. Au total, les économies découlant de la réforme des retraites atteindraient 0,2 Md€, après 1,1 Md€ en 2017.

Les prestations maladie et vieillesse sont les principaux déterminants de l'évolution des dépenses

Les prestations maladie expliquent plus de la moitié de la progression des dépenses en 2017

Les prestations maladie ont contribué pour 1,8 point à la hausse des dépenses en 2018 (cf. graphique 2). L'ensemble des prestations légales servies par la CNAM a atteint 193,5 Md€ et a progressé de 3,5% en 2017. Cette évolution est dictée par la progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM qui ont crû de 3,6%. Cette progression a été supérieure au taux de progression de l'ONDAM (+2,2%), en raison de l'effet de périmètre intégrant les dépenses des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Les prestations maladie et maternité hors ONDAM ont progressé de 1,1% et les prestations d'invalidité sont demeurées dynamiques en 2017 (+5,1%), tirées par le recul progressif de l'âge légal de départ en retraite qui majore le temps passé en invalidité.

En 2018, à périmètre constant, les prestations maladie augmenteraient de 2,1% et contribueraient pour 1 point à la croissance des dépenses du régime général et du FSV.

Les pensions de retraite servies par la CNAV restent peu dynamiques

Deux facteurs limitent la hausse tendancielle des prestations de la CNAV et permettent de contenir leur progression : le relèvement de 60 à 62 ans de l'âge légal de départ en retraite qui termine sa montée en charge en 2017 et s'est traduit par de moindres départs en retraite d'une part, et le très faible niveau d'inflation qui conduit à des revalorisations des pensions proches de zéro d'autre part. Ainsi, les pensions de droits propres ont encore ralenti en 2017 (+2,0 après 2,3% en 2016). Néanmoins, les départs en retraite anticipée pour carrières longues, favorisés par les assouplissements successifs de la réglementation, sont demeurés très dynamiques en 2017 où le nombre de bénéficiaires d'une retraite anticipée a atteint son pic.

En 2018, les dépenses de pensions de droits propres repartiraient à la hausse (+3,1%) sous l'effet de la fin de montée en charge du décalage de l'âge légal. Seul le décalage du taux plein automatique joue encore, mais plus faiblement.

Les autres prestations sont demeurées stables

Les prestations familiales ont encore légèrement diminué en 2017, tirées à la baisse par le moindre recours au congé parental (cf. fiche 2.6). Elles renoueraient avec la croissance en 2018 (+0,3%), notamment en raison d'une plus forte revalorisation (0,8% en moyenne annuelle après 0,3% en 2017).

Enfin, les prestations servies par la branche AT-MP sont demeurées stables (0,1%) en 2017 : la légère hausse des dépenses d'incapacité temporaire (0,6%) a été neutralisée par la baisse des rentes d'incapacité permanente (-0,3%). En 2018, ces dépenses repartiraient à la hausse (+2,7%), tirées par la revalorisation plus importante et la prise en charge des rentes servies auparavant par le fonds commun des accidents du travail.

L'évolution des autres dépenses est contrastée

Les prestations extralégales, qui avaient ralenti en 2016, sont reparties à la hausse en 2017 (+6,1%), tirées par les dépenses d'action sociale de la branche famille. Elles ralentiraient à nouveau en 2018 (+2,6%).

Les transferts versés ont diminué (-0,4%) en raison de la baisse de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, cf. fiche 2.5) et de l'extinction progressive du financement du minimum contributif par le FSV. En 2018, les transferts versés connaîtraient un rebond (+4,3%), la hausse de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé privés et publics en expliquant l'essentiel.

Enfin, les charges de gestion administrative, demeurées quasi-stables en 2017 (+0,3%), s'infléchiraient en 2018 (-0,7%) traduisant les engagements des nouvelles conventions d'objectifs et de gestion signées avec la CNAM, la CNAV et l'Acoss.

Graphique 2 • Répartition des dépenses en 2017

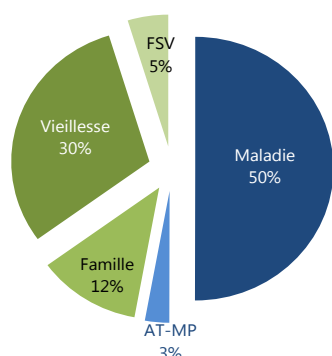


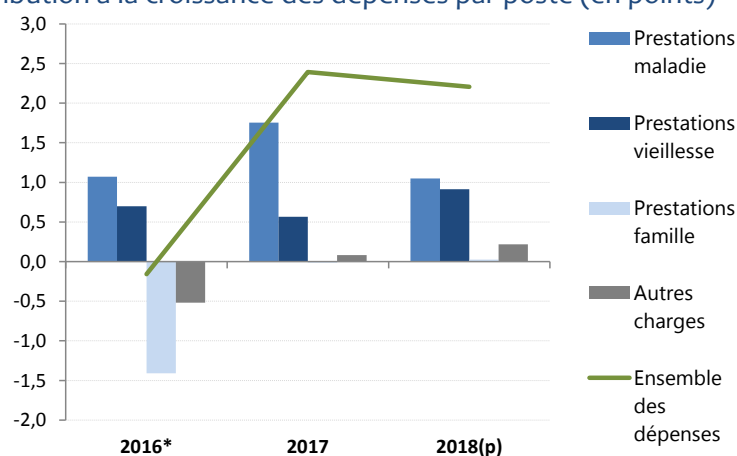
Tableau 2 • Répartition des dépenses par branche

en millions d'euros

	2015	2016*	%	2017	%	2017 pro forma	2018(p)	%
Maladie	173 202	199 367	15,1	206 310	3,5	206 699	210 871	2,0
AT-MP	11 858	11 800	-0,5	11 728	-0,6	11 728	12 001	2,3
Famille	54 302	49 588	-8,7	49 957	0,7	49 957	50 127	0,3
Vieillesse	120 463	122 808	1,9	124 804	1,6	129 830	133 712	3,0
FSV	20 521	20 317	-1,0	19 564	-3,7	19 564	18 924	-3,3
Transferts entre branches du régime général et le FSV	31 145	31 151	0,0	30 677	-1,5	31 057	30 359	-2,2
Dépenses consolidées du régime général et du FSV	349 201	372 730	6,7	381 685	2,4	386 721	395 276	2,2

Source : DSS/SD EPF/6A.

Graphique 3 • Contribution à la croissance des dépenses par poste (en points)



Source : DSS/SD EPF/6A.

Note de lecture : les prestations légales de la branche maladie ont contribué à hauteur de +1,8 point à la progression des dépenses du régime général et du FSV en 2017. Par ailleurs, les « transferts nets et autres charges » comprennent les prestations AT-MP, les transferts à la charge du régime général et du FSV, les prestations extralégales, les charges de gestion courante et les autres charges.

Tableau 3 • Répartition des prestations légales par branche

en millions d'euros

	2015	2016*	%	2017	%	2017 pro forma	2018(p)	%
Prestations légales nettes versées par le régime général	314 801	340 139	8,0	348 797	2,5	356 628	364 589	2,2
Prestations légales nettes maladie	159 053	186 937	17,5	193 516	3,5	193 873	197 953	2,1
Maladie - maternité ONDAM	148 029	175 084	18,3	181 328	3,6	181 549	185 469	2,2
Maladie - maternité hors ONDAM	5 166	5 573	7,9	5 636	1,1	5 771	5 774	0,1
Incapacité	5 612	6 028	7,4	6 333	5,1	6 333	6 486	2,4
Prestations légales décès, provisions et pertes sur créances nettes	246	252	2,4	219	-12,9	219	224	2,3
Prestations légales nettes AT-MP	8 811	8 759	-0,6	8 766	0,1	8 766	8 999	2,7
Incapacité temporaire (ONDAM)	3 847	3 868	0,6	3 890	0,6	3 890	4 032	3,7
Incapacité permanente (hors ONDAM)	4 945	4 870	-1,5	4 854	-0,3	4 854	4 953	2,1
Autres prestations, provisions et pertes sur créances nettes	19	21	11,4	23	8,0	23	14	-39,1
Prestations légales famille nettes	36 301	31 354	-13,6	31 305	-0,2	31 305	31 403	0,3
Prestations en faveur de la famille	18 221	18 044	-1,0	18 374	1,8	18 374	18 796	2,3
Prestations dédiées à la garde d'enfant	12 209	12 118	-0,7	11 655	-3,8	11 655	11 332	-2,8
Prestations logement et autres prestations légales nettes	5 871	1 192	--	1 275	7,0	1 275	1 276	0,0
Prestations légales vieillesse nettes	110 635	113 089	2,2	115 210	1,9	122 685	126 234	2,9
Droits propres	99 920	102 190	2,3	104 227	2,0	110 579	114 001	3,1
Droits dérivés	10 645	10 738	0,9	10 786	0,4	11 886	12 037	1,3
Autres prestations, provisions et pertes sur créances nettes	70	161	++	196	22,3	219	196	-10,7

Source : DSS/SD EPF/6A.

(*) En 2016, les comptes sont présentés sur un champ PUMa, pas directement comparable à 2015. Pour une présentation détaillée des évolutions constatée en 2016 à périmètre constant, se reporter à la fiche 2.1. du rapport à la CCSS de juillet 2017.

2.2 L'ONDAM en 2017 et 2018

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2017 à 190,7 Md€. La loi de financement pour 2018, sans en modifier le montant global, en a ajusté la répartition entre sous-objectifs. Un premier constat des dépenses effectivement réalisées en 2017 fait état de dépenses inférieures d'environ 50 M€ à l'objectif voté. Cette estimation pourra toutefois faire l'objet de rectifications ultérieures en fonction, notamment, de la consommation définitive des provisions et de l'intégration de données actualisées sur les remises pharmaceutiques (cf. encadré 1).

Les dépenses de l'ONDAM en 2017 sont inférieures de 50 M€ à l'objectif rectifié

En 2017, les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 190,7 Md€, soit une sous-exécution d'environ 50 M€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2017 (cf. tableau 1). Cette sous-exécution résulte d'un dépassement de 340 M€ sur les soins de ville, d'un dépassement de 15 M€ des autres prises en charge et d'une enveloppe allouée aux secteurs médico-sociaux supérieure de 30 M€ à ce qui avait été anticipé, globalement plus que compensés par une sous-exécution importante des établissements de santé (415 M€) ainsi qu'une moindre dotation au fonds d'intervention régional de 20 M€.

Les dépenses de soins de ville ont été supérieures de 340 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2018

Les dépenses de soins de ville ont représenté 87,2 Md€, en progression de 2,2%, soit 340 M€ de plus que le sous-objectif rectifié en LFSS 2018 et 620 M€ par rapport à l'objectif fixé en LFSS pour 2017. Ce dépassement provient des postes de prestations qui sur-exécutent de 445 M€, alors que les dépenses hors prestations sont inférieures de 105 M€ à l'objectif rectifié.

Les moindres dépenses hors prestations portent principalement sur les remises sur les prix des médicaments (venant en réduction de l'ONDAM), versées par l'industrie pharmaceutique, supérieures de 55 M€ à la prévision. De plus, le coût de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé est inférieur à l'objectif rectifié de 20 M€, tandis que le coût des aides à la télétransmission ainsi que du fonds de formations des médecins y sont inférieurs de 30 M€.

Le dépassement de la partie prestation provient principalement des honoraires médicaux et dentaires (285 M€). En particulier, les honoraires des spécialistes et des dentistes présentent des dépassements respectifs de 205 M€ et 65 M€. Le dépassement des honoraires des médecins généralistes s'élève à 15 M€.

Les honoraires paramédicaux sont conformes à l'objectif rectifié en LFSS 2018. Les dépenses restent néanmoins dynamiques avec une croissance de 3,4% pour l'ensemble des professions paramédicales, de 3,8% pour les soins infirmiers et de 2,8% pour les masseurs kinésithérapeutes.

Les médicaments présentent un dépassement de 60 M€ dont 40 M€ pour les médicaments vendus en officine de ville et 20 M€ pour ceux issus du circuit de la rétrocession hospitalière (c'est-à-dire vendus par les pharmacies internes aux établissements de santé mais consommés en ville). Les dépenses de biologie médicale sur-exécutent de 35 M€.

Les dépenses de transports sanitaires ainsi que les indemnités journalières présentent chacun un dépassement de 20 M€. Ces deux postes poursuivent leurs fortes dynamiques avec un taux de croissance de 3,9% pour les transports sanitaires et de 3,8% pour les indemnités journalières.

A l'inverse, les dispositifs médicaux sous-exécutent de 25 M€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2018.

Enfin, les autres prises en charges (qui comprennent notamment les cures thermales et les rémunérations sur objectifs de santé public) présentent une sous-exécution de 35 M€.

Tableau 1 • Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2017

Constat provisoire 2017	Constat 2016	Base 2017 (1)	Objectifs LFSS 2017	Objectif 2017 (rectifiés en LFSS 2018)	Constat 2017 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Ecart à l'objectif rectifié en LFSS 2018	Ecart à l'objectif arrêté en LFSS 2017
ONDAM TOTAL	185,1	186,6	190,7	190,7	190,7	2,2%	-0,1	-0,1
Soins de ville	85,0	85,3	86,6	86,8	87,2	2,2%	0,3	0,6
Établissements de santé	77,5	77,2	79,2	79,0	78,6	1,8%	-0,4	-0,6
Établissements et services médico-sociaux	17,9	19,4	20,1	20,0	20,0	3,1%	0,0	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,8	8,8	9,1	9,0	9,0	3,2%	0,0	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2	10,6	11,0	10,9	10,9	3,1%	0,0	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0	3,2	3,3	3,3	3,2	2,4%	0,0	0,0
Autres prises en charge	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	6,9%	0,0	0,0

Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant et après fongibilité pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Source : Constat de l'ONDAM/DSS/6B

Encadré 1 • Quelques précisions sur la révision des réalisations de l'ONDAM 2017

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

Les dépenses au titre de l'ONDAM 2017 sont ici révisées compte tenu de leur degré de réalisation à fin mai 2018 ainsi que d'informations supplémentaires obtenues entre la clôture des comptes (à mi-mars 2018) et fin mai 2018. Ainsi, 60 M€ de sous-provisionnement ont été corrigé sur l'ONDAM 2017 ainsi que 59 M€ de remises pharmaceutiques supplémentaires négociées par le CEPS entre la clôture des comptes et la commission des comptes de juin. La consommation réelle des provisions ne sera connue qu'à la clôture des comptes 2018, en avril 2019.

Encadré 2 • La réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2017

Chaque année, l'ONDAM voté en LFSS prend en compte un objectif d'économies à réaliser par l'assurance maladie via un ensemble d'actions menées notamment auprès des professionnels de santé dans le but d'infléchir le taux d'évolution de certains postes de dépenses par rapport à leur évolution tendancielle estimée. Le processus de maîtrise médicalisée s'inscrit en particulier dans le cadre des conventions médicales signées en 2005, puis en 2011 et en 2016, le corps médical s'étant engagé dans un effort collectif visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective.

Des objectifs quantifiés, se rapportant à un certain nombre de thèmes, sont ainsi définis chaque année. En 2017, l'objectif global était le même qu'en 2016, soit 700 M€. Le taux de réalisation s'est élevé en 2017 à 101%. Cependant les résultats sont contrastés selon les objectifs. Ainsi, les produits de santé et les honoraires paramédicaux ont largement dépassé leurs objectifs, en revanche les actions sur les indemnités journalières semblent n'avoir eu aucun effet, et celles sur les transports sanitaire n'ont atteint que la moitié de leur cible..

	Objectif	Réalisation	Taux d'atteinte
Médicaments	380	348	92%
Dispositifs médicaux	50	172	344%
Indemnités journalières	100	0	0%
Transports	75	36	48%
Honoraires paramédicaux	50	144	288%
Biologie	30	2	7%
Actes	15	6	40%
Total	700	708	101%

Note : le taux d'atteinte s'apprécie globalement, les taux d'atteinte par sous-postes n'étant pas forcément significatifs compte-tenu à la fois de la faiblesse relative des objectifs initiaux retenus par sous-poste et de facteurs exogènes ayant pu intervenir en cours d'année.

Les dépenses à destination des établissements de santé ont été inférieures de 415 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2018

Les dépenses relatives aux établissements de santé ont représentés 78,6 Md€ en 2017, en progression de 1,9%. L'écart à l'objectif rectifié lors de la LFSS 2018 s'élève à -415 M€. Par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS pour 2017, la sous-exécution atteint -560 M€.

L'essentiel de la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier provient d'un ralentissement de l'activité des établissements publics et privés. Ainsi, les établissements publics connaissent une moindre activité de 385 M€ par rapport aux objectifs. De même, les établissements de santé privés ont des dépenses inférieures de 75 M€ aux objectifs rectifiés en LFSS 2018, dont 65 M€ pour les cliniques privées et 10 M€ pour les dépenses privées de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation.

Les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des séjours sont en sous-exécution de 15 M€ sous l'effet d'un dépassement de 30 M€ des prestations de liste en sus plus que compensé par des remises pharmaceutiques générées par les molécules inscrites en liste en sus supérieures de 45 M€ à ce qui avait été anticipé.

Les soins hospitaliers non régulés (qui concernent notamment l'hôpital américain de Neuilly, de Monaco ou encore de Puigcerda) ont dépassé de 10 M€ l'objectif rectifié en LFSS 2018. Au total, la sous-exécution hospitalière avant gel ou reversement de crédits s'élève à 465 M€.

Les prévisions d'exécution de l'ONDAM effectuées à fin novembre ainsi qu'à fin décembre 2017 avaient conduit à maintenir un gel de 180 M€ sur les mises en réserves ainsi qu'à annuler 20 M€ de dotations hospitalières en complément (soit un total de 200 M€ non délégués fin décembre).

A la fin du mois de février 2018, un peu avant la clôture des comptes, compte tenu du ralentissement constaté de l'activité hospitalière sur la fin de l'année 2017, 250 M€ de crédits supplémentaires ont été finalement reversés aux établissements de santé. Ces crédits se sont répartis dans les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) à hauteur de 190 M€ et dans la dotation annuelle de financement (à destination des établissements psychiatriques et de soins de suite et réadaptation) pour 60 M€. *In fine*, sur les 412 M€ de crédits hospitaliers mis en réserve, seuls 16 M€ ont été annulés pour assurer le respect de l'ONDAM global (cf. encadré 3).

Un ONDAM médico-social en progression de 3,1% en 2016

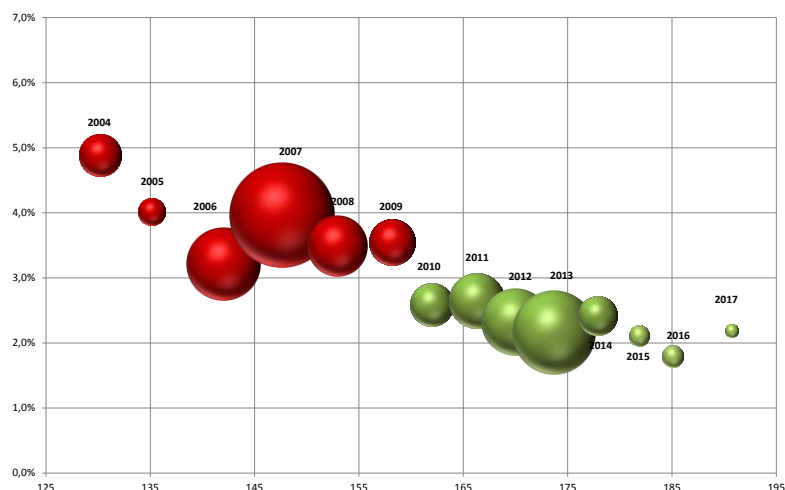
La contribution de l'assurance maladie au financement des établissements médico-sociaux s'est élevée à 20,0 Md€ en 2017, en progression de 3,1% par rapport à 2016. Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ont bénéficié d'une enveloppe de 9,0 Md€ en progression de 3,2% par rapport à 2016, et les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ont perçu une enveloppe de 10,9 Md€, en progression de 3,1% par rapport à 2016. Alors que la LFSS pour 2018 avait abaissé de 100 M€ l'ONDAM médico-social, et qu'à la fin décembre 30 M€ de crédits supplémentaires avaient été gelés, un versement de 100 M€ a finalement été effectué au profit de la CNSA en février 2018, compte tenu d'une sous-activité hospitalière plus importante (cf. encadré 3).

Au total, 75 M€ de crédits de l'ONDAM médico-social ont été annulé pour assurer le respect de l'ONDAM global (cf. encadré 3). Les dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD), qui sont financées par la contribution (ONDAM) des régimes d'assurance maladie à la CNSA et les ressources propres de celle-ci, ont atteint 21,3 Md€ en 2017, soit une sous-exécution d'environ 80 M€, se décomposant en une sous-exécution d'environ 15 M€ sur le secteur des personnes âgées et d'environ 65 M€ sur le secteur des personnes handicapées.

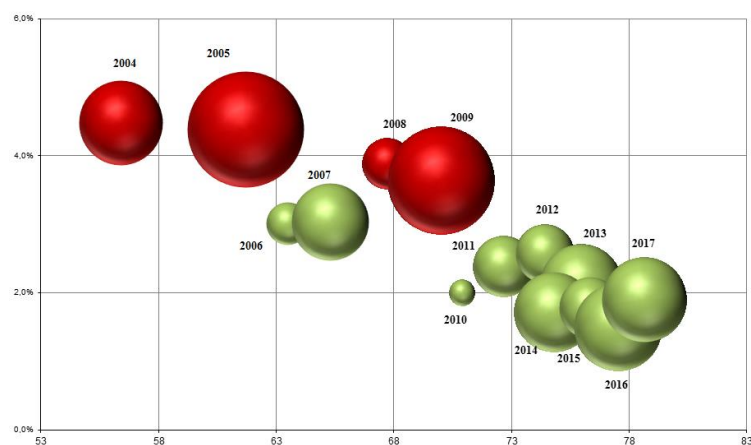
Une sous-exécution des dépenses relatives au fonds d'intervention régional et aux « autres prises en charge »

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses relatives au FIR est portée à 3,2 Md€ en 2017, soit une sous-exécution d'environ 20 M€. La dotation initialement prévue a été réduite en fin de gestion de 45 M€ pour assurer le respect de l'ONDAM (contre 25 M€ prévus en septembre). Le fonds a par ailleurs bénéficié de 1,2 M€ au titre des opérations de fongibilité avec les crédits hospitaliers.

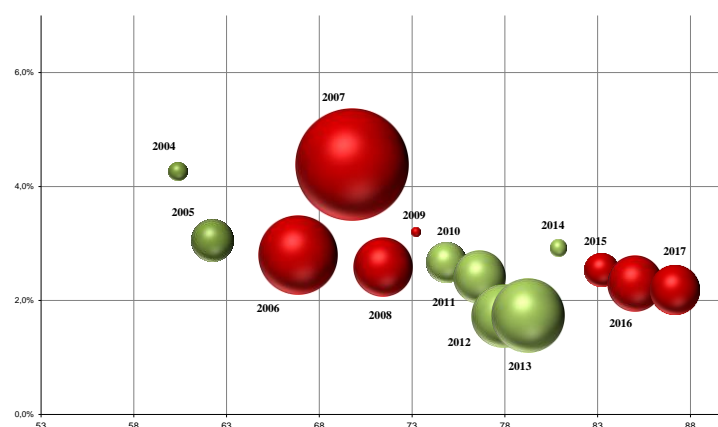
Graphique 1 • Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Graphique 2 • Evolution des dépenses relative aux établissements de santé depuis 2004



Graphique 3 • Evolution des dépenses des soins de ville depuis 2004



Note de lecture : les bulles sont d'autant plus grandes que le dépassement de l'objectif est important, d'autant plus hautes que le taux d'évolution des dépenses est élevé et d'autant plus à droite que l'ONDAM réalisé est élevé. Les boules rouges représentent un dépassement de l'objectif tandis que les boules vertes représentent un niveau inférieur à l'objectif.

Les « autres prises en charge » s'élèvent à 1,7 Md€, en dépassement d'environ 15 M€. L'écart porte pour 25 M€ sur les soins des Français à l'étranger. Les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie sont supérieures de 10 M€ à l'objectif rectifié. Enfin, les dépenses au titre de l'ONDAM médico-social spécifique qui comprend notamment les centres de soins pour toxicomanes, les centres de cures ambulatoires en alcoologie ainsi que les appartements de coordination thérapeutique ont été sous-consommées de 20 M€.

L'ONDAM 2018 devrait être respecté

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont été fixées à 195,2 Md€ en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, soit une augmentation de 2,3%. Compte tenu de l'effet défavorable des réalisations de l'année 2017 et au vu des dernières données disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville et des versements des établissements de santé, le respect de l'objectif pourrait toutefois passer par une nouvelle mobilisation des crédits mis en réserve en début d'année.

Les réalisations de 2017 se répercuteraient défavorablement sur le niveau de l'ONDAM 2018

Le niveau de dépenses atteint en 2017 fait apparaître une sous-exécution d'environ 50 M€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2018 (*cf. supra*). Cette moindre réalisation pourrait faciliter l'atteinte de l'ONDAM 2018, car celui-ci a été fixé en référence (+2,3%) à la prévision (rectifiée) d'ONDAM 2017, qui s'avère légèrement supérieure aux dépenses observées. Ce différentiel est qualifié « d'effet base » (*a priori* favorable en cas de sous-exécution de l'ONDAM de l'année précédente).

Cependant, les sous-exécutions des dépenses relatives au FIR, aux opérateurs de l'assurance maladie, ainsi qu'à une partie de l'ONDAM hospitalier, relevant de décisions d'annulation de crédits, ne sont pas de nature à se reconduire mécaniquement : elles ne participent ainsi pas à l'effet base.

A l'inverse, l'essentiel du dépassement des soins de ville en 2017 se reporte mécaniquement en 2018, à l'exception du moindre rendement observé sur le taux L_n (15 M€), soit au total 325 M€ d'effet base défavorable. De même, les dépassements des soins des Français de l'étranger et des dépenses de l'ONDAM spécifique, soit 20 M€, se reportent défavorablement sur l'exercice 2018. A l'inverse, les sous-exécutions des dépenses de guichet de l'ONDAM hospitalier créent un avantage de base qui atteint 175 M€. En tenant compte de ces différents effets, l'effet de base défavorable total sur l'ONDAM 2018 s'élèverait ainsi à 170 M€.

Des risques supplémentaires couverts par les mises en réserves

Les risques supplémentaires sur l'ONDAM soins de ville concernent la réalisation des économies qui ont été intégrées en construction et le surcoût de certaines revalorisations prévues. On note à ce stade un risque estimé à 90 M€ sur la réalisation des économies prévues en LFSS 2018 au titre de la pertinence et de la gestion dynamique du panier de soins.

En ce qui concerne le sous-objectif établissements de santé, lors de la campagne hospitalière, l'évolution en volume d'activité retenue était de 2,6% pour les établissements publics et de 1,6% pour les établissements privés. Ces hypothèses, faibles au regard de celles retenues les années précédentes (2,9% pour les établissements publics de santé et 2,0% pour les établissements privés), font courir un risque compris entre 0 et 100 M€ sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier.

Ainsi, les risques identifiés sont inclus dans une fourchette de 280 à 380 M€.

Les réserves constituées en début d'année apparaissent suffisantes pour faire face aux aléas identifiés. Dès le début de l'année 2018, 625 M€ de crédits ont été mis en réserve (*cf. graphique 4*) pour sécuriser le respect de l'ONDAM. Ce montant est supérieur au minimum imposé par la loi de programmation des finances publiques qui fixe un taux de réserve de 0,3% soit environ 585 M€.

Encadré 3 • La consommation des mises en réserve au cours de l'exercice 2017

Au sein de l'ONDAM 2017, 602 M€ avaient été mis en réserve. Lors de la rectification de certains sous-objectifs de l'ONDAM 2017 dans la LFSS 2018, 200 M€ ont été mobilisés sur les mises en réserves qui, ajoutée aux 80 M€ de sous exécution prévisionnelle de la liste en sus, ont permis de couvrir le dépassement prévisionnel de 280 M€ des soins de ville.

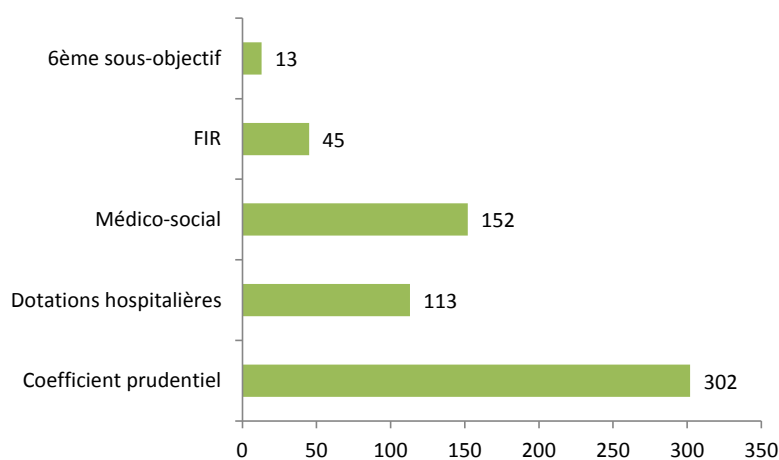
A fin décembre 2017, 166 M€ de coefficient prudentiel a été dégelé et ainsi reversé aux hôpitaux. Compte tenu du montant global de mises en réserves initiales sur les établissements de santé, cela correspond au maintien de 180 M€ de crédits en réserves. De plus, pour couvrir une sur-exécution de la ville qui s'annonçait plus élevée qu'anticipé dans la LFSS pour 2018, 60 M€ de crédits supplémentaires ont été gelés (20 M€ sur l'hôpital, 30 M€ sur les établissements médico-sociaux et 10 M€ sur le fonds d'intervention régional).

En fin d'exercice, compte tenu de la plus faible dynamique de l'activité hospitalière finalement constatée, 250 M€ de crédits ont été reversés aux établissements de santé et 100 M€ à la CNSA pour financer l'OGD. Ainsi, les mises en réserves effectivement mobilisées s'élèvent *in fine* au total à 145 M€ dont seulement 16 M€ pour les établissements de santé (4% des mises en réserves initiales).

Tableau : mobilisation des mises en réserve en 2017

	SDV	ETBS	ESMS	FIR	Autres	Total
Mises en réserve initiales		412	145	35	10	602
<i>Abaissement du sous-objectif 2017 (LFSS 2018)</i>		65	100	25	10	200
Dégel fin décembre		-166	0	0	0	-166
Annulation supplémentaire de crédits		20	30	10		60
Reversement de crédits post-31/12		-250	-100			
Gel effectivement mobilisé		16	75	45	10	146

Graphique 4 • Ventilation des mises en réserves en 2018



2.3 La consommation de soins de ville

Les dépenses de soins de ville prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de 2,2% en 2017 après une progression de 2,3% en 2016.

Sur le champ des seules prestations du régime général, c'est-à-dire hors prises en charge de cotisations des professionnels de santé, dotations au fonds des actions conventionnelles, aides à la télétransmission et remises conventionnelles, les soins de ville ont progressé de 3,2%. L'évolution des prestations nettes des remises versées par l'industrie pharmaceutique au titre des traitements contre le VHC¹ s'élève à 2,8%, contre 3,3% en 2016 (cf. tableau 1).

La structure des jours ouvrés aurait contribué au ralentissement des prestations de soins de ville en 2017, à hauteur de -0,5 point (estimation CNAM), l'année 2017 comportant deux jours de semaine et deux samedis ouvrés de moins que l'année bissextile 2016.

Les remboursements d'honoraires médicaux tirés à la hausse par ceux des spécialistes et par la mise en œuvre de la convention médicale

En 2017, les dépenses d'honoraires médicaux ont augmenté de 3,0%, après +3,0% en 2016 et +3,6% en 2015.

Les remboursements d'honoraires des médecins spécialistes ont connu une croissance de 3,4% en 2017. Ce poste contribue à hauteur de 17% à la croissance des prestations de soins de ville alors qu'il ne représente que 14% de la dépense. Cette croissance est principalement portée par la hausse du volume des actes réalisés : les remboursements d'actes techniques des spécialistes ont crû de 4,4% entre 2016 et 2017, et les remboursements de scanners/IRMN de 7,0%. L'impact de la convention médicale pour les médecins spécialistes (+100 M€ en 2017) est en partie neutralisé des baisses de tarifs de radiologie (-50 M€).

Les dépenses d'honoraires des dentistes ont augmenté de 1,6%, après +1,8% en 2016 et +2,9% en 2015, contre +0,6% en moyenne annuelle entre 2010 et 2014. Dans un contexte de mise en œuvre de la nouvelle nomenclature des actes dentaires, les soins conservateurs ont notamment crû de 1,2%, tandis que les soins prothétiques ont baissé de -1,0%. Les autres soins dentaires, qui regroupent notamment les consultations, les actes chirurgicaux ainsi que les actes utilisant des radiations ionisantes, ont crû de 4,5% en 2017.

Les dépenses de médecine générale ont augmenté de 2,8% en 2017. Cette croissance est principalement due aux effets de la convention médicale qui a entraîné des revalorisations de l'ordre de 305 M€, alors que le volume des actes de médecine générale a décliné de -1,1% en 2017, du fait notamment d'une situation épidémiologique favorable.

Les sages-femmes présentent toujours un fort dynamisme (+8,6% en 2017, +7,0% en 2016), malgré la baisse du nombre de naissances (767 000 en 2017, 784 000 en 2016).

Des honoraires paramédicaux toujours dynamiques mais en ralentissement

Les dépenses d'honoraires paramédicaux ont augmenté de 3,9%, en retrait par rapport aux années précédentes (+4,7% en 2015 et 2016). Malgré ce ralentissement, ils ont contribué à hauteur de 18% à la croissance des prestations en ville, alors qu'ils ne représentent que 13% de la dépense.

Ce ralentissement est particulièrement marqué pour les honoraires infirmiers qui ont vu leur croissance s'établir 4,6% en 2017 contre une moyenne annuelle de +8,1% entre 2006 et 2016. Cet infléchissement est exclusivement dû aux volumes d'activité qui augmentent de 4,3% en 2017 contre 4,9% en 2016 et 6,3% en moyenne (entre 2006 et 2015).

Les honoraires des masseurs kinésithérapeutes évoluent de +2,8% et ont contribué à hauteur de 4,6% à la croissance des prestations. Les honoraires des orthophonistes ont quant à eux crû de 3,8% en 2017, après 4,7% en 2016, et ceux des orthoptistes de 4,1%, après 4,4% en 2016. Cependant, en raison des faibles poids de ces deux derniers postes dans la dépense, leur contribution à la croissance reste faible (1,2% de la croissance des prestations).

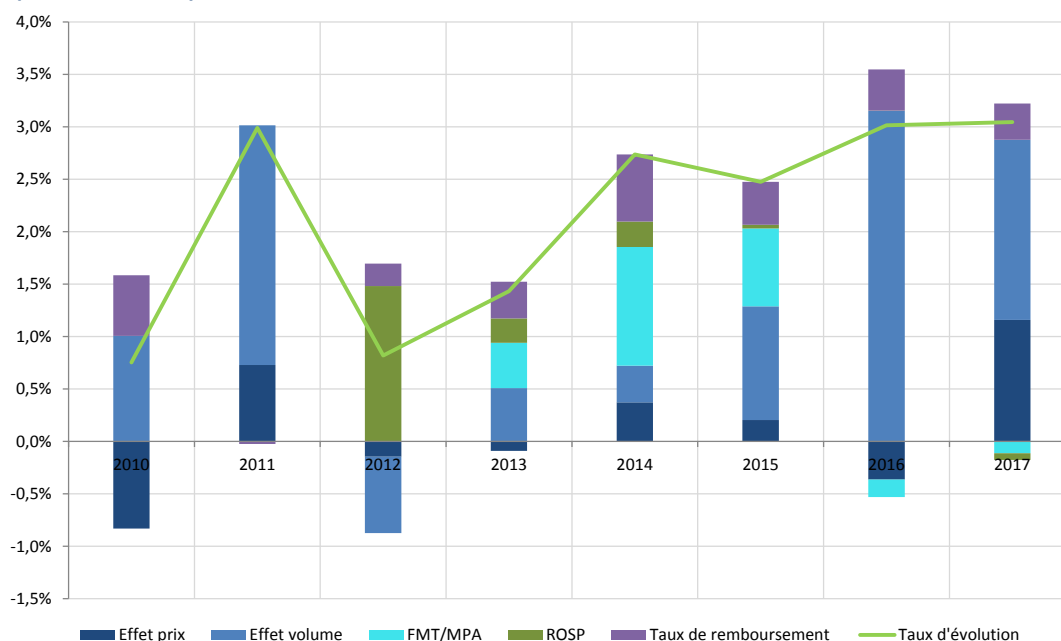
¹ Dans l'analyse qui suit, les évolutions présentées sont nettes des remises versées au titre des traitements contre le VHC.

Tableau 1 • Évolution des prestations de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2 016	2 017	Évolution	Contrib. à la croissance	Part dans la dépense	Croissance annuelle moyenne entre 2006 et 2016
Soins de ville nets des remises VHC	70 096	72 125	2,9%	100,0%	100,0%	3,2%
Honoraires libéraux	34 382	35 488	3,2%	54,5%	49,2%	3,7%
dont						
Honoraires médicaux	18 557	19 117	3,0%	27,6%	26,5%	2,6%
généralistes	5 889	6 054	2,8%	8,1%	8,4%	2,6%
spécialistes	9 677	10 008	3,4%	16,3%	13,9%	2,9%
sages-femmes	228	248	8,6%	1,0%	0,3%	10,4%
dentistes	2 762	2 807	1,6%	2,2%	3,9%	1,4%
Honoraires paramédicaux	9 289	9 653	3,9%	17,9%	13,4%	6,6%
infirmiers	5 384	5 631	4,6%	12,2%	7,8%	8,1%
kinésithérapeutes	3 233	3 325	2,8%	4,5%	4,6%	4,6%
orthophonistes	605	628	3,8%	1,1%	0,9%	5,8%
orthoptistes	67	70	4,1%	0,1%	0,1%	6,2%
Laboratoires	2 899	2 935	1,2%	1,8%	4,1%	1,0%
Transports de malades	3 637	3 783	4,0%	7,2%	5,2%	5,3%
Produits de santé	24 756	25 209	1,8%	22,3%	35,0%	2,4%
dont						
Médicaments nets des remises VHC	19 361	19 595	1,2%	11,5%	27,2%	1,4%
Médicaments de ville	16 967	17 157	1,1%	9,4%	23,8%	0,7%
Rétrocession nette de remises VHC	2 394	2 438	1,8%	2,2%	3,4%	9,4%
Dispositifs médicaux	5 395	5 614	4,1%	10,8%	7,8%	6,9%
Indemnités journalières	9 897	10 332	4,4%	21,4%	14,3%	3,5%
IJ maladie	7 070	7 353	4,0%	14,0%	10,2%	3,4%
courtes (moins de 3 mois)	4 189	4 345	3,7%	7,7%	6,0%	3,6%
longues (plus de 3 mois)	2 881	3 008	4,4%	6,3%	4,2%	3,1%
IJ AT	2 828	2 979	5,3%	7,4%	4,1%	3,9%
Autres	1 061	1 097	3,4%	1,8%	1,5%	3,7%

Source : calcul DSS, données CNAM (données brutes en date de soin à fin février 2018).

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des honoraires médicaux et dentaires



Source : CNAM - données CVS-CJO.

Note de lecture : en 2017, les honoraires médicaux ont crû de +3,0% (CVS-CJO). L'effet prix explique 1,2 pt de cette évolution, le volume 1,7 pt et le taux de remboursement 0,3 pt. A l'inverse, le forfait médecin traitant (FMT) et la majoration pour personnes âgées (MPA) sont venus réduire cette évolution de -0,1 pt. L'impact de la ROSP est également de -0,1 pt (cf. encadré 1 pour une définition des principaux effets mesurés).

Les dépenses de produits de santé contribuent pour près de 20% à la croissance totale

La dépense de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) augmente de 1,4% en 2017. Une fois neutralisé l'effet du fonds de financement de l'innovation thérapeutique qui a contribué à hauteur de 110 M€ au financement des dépenses de produits innovants en ville (et 120 M € pour les établissements de santé) et réduit à due concurrence les dépenses de l'ONDAM, la croissance de la dépense de produits de santé s'établit à 1,8%. Les médicaments remboursés présentent une croissance de 0,7% en 2017, après +1,3% en 2016. Cette hausse masque des évolutions contrastées entre les dépenses au titre des médicaments vendus en officine et celles issues du circuit de la rétrocession (c'est-à-dire dispensés dans les pharmacies hospitalières pour une consommation en ville).

Après une baisse continue de 2012 à 2015, les remboursements de médicaments délivrés en officine de ville (y compris rémunérations sur objectifs des pharmaciens) continuent de progresser en 2017 (+0,5%, comme en 2016). Ce dynamisme est notamment lié aux transferts en officine de ville de médicaments auparavant délivrés dans le circuit de la rétrocession hospitalière (Imbruvica®). Le rendement de la maîtrise médicalisée est également légèrement en deçà des objectifs fixés : 348 M€ pour un objectif de 380 M€, soit un taux d'atteinte de 92%. Ces facteurs haussiers sont en partie atténués par la progression du taux de pénétration des génériques¹ (81,6% en 2017 contre 79,7% en 2016) avec notamment l'arrivée de la rosuvastatine, générique référent de Crestor® (traitement des hypercholestérolémies). Les baisses de prix négociées par le comité d'évaluation des produits de santé s'établissent par ailleurs toujours à un niveau élevé (800 M€ en 2017).

La rétrocession est en hausse de 1,8% en 2017. Cependant, sans la contribution du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) au financement du remboursement de ces molécules, ce taux aurait été de 6,0%. Cette dynamique est portée par l'arrivée de traitements innovants avec notamment Tagrisso® (traitement du cancer bronchique), Qizenday® (traitement de la sclérose en plaque), Orkambi® (traitement de la mucoviscidose), Ibrance® (traitement du cancer du sein) ou encore Elocta® (traitement de l'hémophilie), qui présentaient un niveau de remboursements d'environ 310 M€ en 2017, contre 60 M€ en 2016. L'année 2017 est également marquée par l'arrivée de nouveaux traitements contre l'hépatite C (Zepatier® ou Epclusa®), qui viennent en substitution des molécules arrivées en 2014, en parallèle de baisses de prix nets des traitements et de leur ouverture à l'ensemble des patients atteints de VHC.

Les dépenses de dispositifs médicaux connaissent une croissance plus faible qu'en 2016, malgré l'inscription sur la liste du lecteur de glycémie Freestyle Libre® (+4,1% en 2017 après 6,1% en 2016). En effet, les évolutions sont moins marquées qu'en 2016 sur quelques postes de dépenses importants tels que les lits médicaux (+2,8% après +5,3% en 2016), les dépenses de pansements (+0,6% après +5,3% en 2016) ou encore les dispositifs pour les personnes souffrant d'apnée du sommeil (+9,4% après +15,6% en 2016)

Les dispositifs médicaux contribuent néanmoins pour environ 11% à la croissance totale des prestations, alors qu'elles ne représentent que 8% de la dépense.

Une dynamique forte des indemnités journalières en 2017

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) augmentent de 4,4% en 2017, après 4,6% en 2016 et 3,7% en 2015. La contribution des dépenses d'IJ à la croissance des soins de ville est de plus de 21%, alors que les indemnités journalières ne représentent que 14% des prestations.

Les IJ maladie de moins de trois mois ralentissent en 2017 (+3,7% après +5,5% en 2016). Une partie de ce ralentissement est dû à l'intensité moyenne de la grippe en 2017, alors qu'elle était forte en 2016, avec deux épisodes (une grippe saisonnière moyenne lors de l'hiver 2016 et une épidémie ayant débuté en décembre 2016). À l'inverse, les IJ maladie de plus de trois mois accélèrent en 2017 (+4,4% contre +2,8% en 2016), sans atteindre cependant le rythme observé en 2014 et 2015 (+6,4% et +5,0%). Les IJ pour accidents du travail accélèrent également, à +5,3%, contre +3,8% en 2016.

¹ Le taux de pénétration des médicaments génériques correspond à la part des ventes de médicaments génériques en volume (mesuré en nombre de boîtes) dans le total des ventes de médicaments substituables du répertoire.

Encadré 1 • La décomposition de la croissance des soins de ville

Le taux de croissance de la dépense d'assurance maladie peut se décomposer en trois effets (prix, volume et taux de remboursement).

L'effet prix correspond à l'évolution des tarifs des différents postes de dépenses entre les années N-1 et N. Cette évolution est calculée grâce aux données mensuelles en date de soins remboursées en valeur de la CNAM et synthétise l'effet des mesures portant sur les prix, que ce soit ceux des actes pratiqués par les professionnels de santé ou ceux, régulés, des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux remboursés par l'assurance maladie. Ces mesures ont un impact rapide et assez certain à court terme, à comportements supposés inchangés, mais plus incertains à moyen terme.

L'effet volume mesure l'évolution du nombre d'actes et de prescriptions. Il est calculé grâce aux données mensuelles en date de soins remboursables de la CNAM, déflatées des tarifs. Cet effet permet notamment d'apprécier les mesures portant directement sur les volumes (actions de maîtrise médicalisée, gestion du risque...). Elles visent spécifiquement des objets d'efficience et de qualité des soins et donnent des résultats à plus long terme.

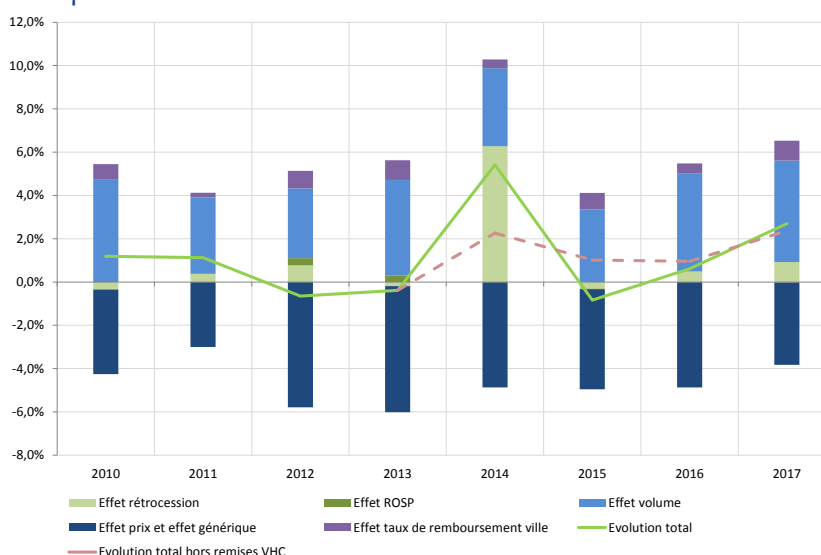
L'effet taux de remboursement mobilise des données mensuelles de la CNAM en date de soins à la fois remboursables et remboursées. Cette composante traduit la part de la dépense effectivement remboursée aux assurés au sein des dépenses remboursables (i.e. y compris ticket modérateur). Il peut varier sous l'effet de mesures jouant sur le taux de remboursement, mais aussi sous l'effet de la modification de la consommation de soins des assurés sociaux en affection longue durée (ALD).

Sur les médicaments, il est possible de décomposer un effet générique qui correspond à l'élargissement du répertoire entre N-1 et N et à l'évolution du taux de substitution entre N-1 et N. Il est calculé grâce aux données mensuelles en dates de soins remboursables déflatées des tarifs.

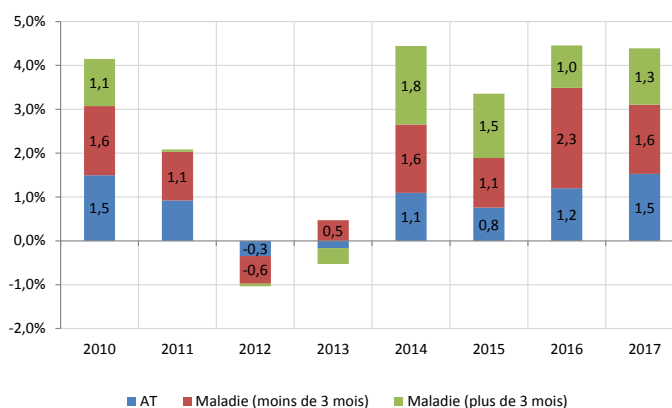
Les graphiques 1 à 6 traduisent l'évolution de ces effets depuis 2010. Pour les indemnités journalières ainsi que pour les transports sanitaires, la décomposition de la croissance se fait par type de transport ou d'arrêts (graphiques 3 et 5).

Ces évolutions sont calculées sur des données du régime général, en France métropolitaine corrigées des variations saisonnières et des effets jours ouvrés. Les taux d'évolutions découlant des graphiques ne sont donc pas directement comparables aux données brutes présentées dans le tableau 1.

Graphique 2 • Décomposition de la croissance des médicaments



Graphique 3 • Décomposition de la croissance des indemnités journalières



Source : CNAM, données CVS-CJO

Cette forte hausse des arrêts de longue durée depuis 2014 (+4,8% en moyenne) est à mettre en regard de la réforme des retraites de 2010 et du recul progressif de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans. Ainsi, entre 2010 et 2016, la part des personnes d'au moins 60 ans dans le montant total indemnisé progresse de 3 points (7,9% en 2016, contre 4,8% en 2010). La durée moyenne d'un arrêt indemnisé pour les personnes âgées d'au moins 60 ans était de 76 jours en 2016 soit 24 de plus que la durée moyenne d'un arrêt pour les personnes âgées de 55 à 59 ans.

Par ailleurs, le rendement de la maîtrise médicalisée sur les indemnités journalières a été nul en 2017 (alors que l'objectif était de 100 M€).

Les dépenses de biologie médicale ont retrouvé leur croissance de 2010 et 2011

Les dépenses remboursées en biologie médicale ralentissent en 2017 (+1,2%), après une année 2016 dynamique (+2,2%), en raison notamment de l'effet jours ouvrés (accélérateur en 2016 et décélérateur en 2017) évoqué dans l'introduction.

La croissance du nombre d'actes s'explique notamment par le choc d'activité en matière d'analyse de la glande thyroïdienne survenu à l'été à la suite du changement de formule du médicament Levothyrox® (traitement des troubles de la thyroïde). Ainsi, le volume d'acte a crû de 3,7% en 2017 (CVS-CJO) contre 3,4% en 2016 (cf. graphique 4).

Par ailleurs, dans le cadre du protocole signé entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes, 84 M€ d'économies ont été réalisées sous forme de baisse de tarifs (soit un effet prix total de -1,6%, cf. graphique 4) et 5 M€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée.

Une croissance toujours dynamique des dépenses de transports sanitaires

Après avoir connu une croissance de 4,5% en 2016, les dépenses de transports sanitaires augmentent de 4,0% en 2017. Comme en 2016, cette croissance est intégralement portée par l'accroissement des volumes. En effet, les taxis n'ont vu leur tarif augmenter que marginalement au 1^{er} janvier 2017.

Les dépenses de taxis sont les plus dynamiques, avec un volume en augmentation de 7,7% (contre +6,4% par an en moyenne depuis 2010). Ils contribuent pour 2,8 points à la croissance totale des dépenses de soins de ville, et voient leur part dans la dépense de transports de patients atteindre 39%, à égalité avec les ambulances.

Les ambulances présentent une dynamique en volume de +2,7% (contre +2,4% en moyenne entre 2010 et 2016). Elles contribuent pour 0,9 point à la croissance et, à l'inverse des taxis, voient leur part dans la dépense diminuer (39% en 2017 contre 40% en 2015).

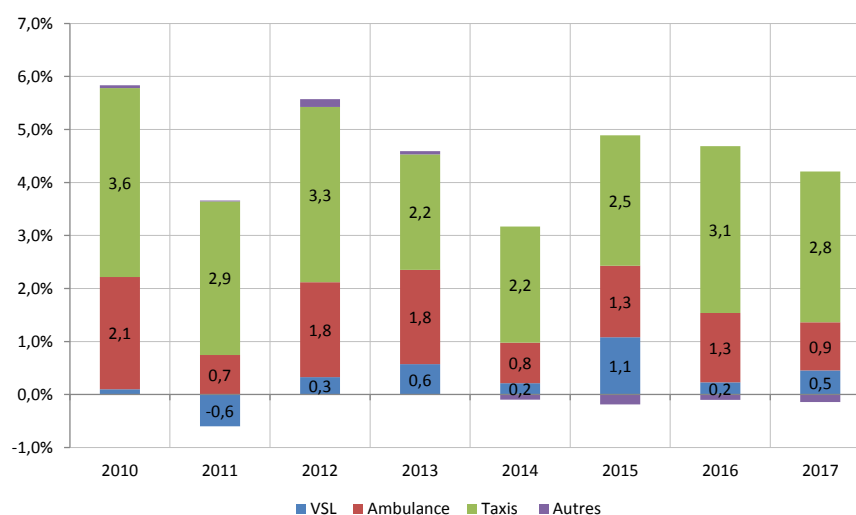
Les véhicules sanitaires légers (VSL) ont vu leur volume de dépense croître de 2,7% en 2017, alors qu'il baissait de 1,1% par an entre 2010 et 2016. Ils contribuent pour 0,5 point à la croissance des transports de patients et représentent 18% de cette dépense.

Les dépenses d'autres transports (véhicules personnels, service mobile d'urgence et de réanimation...) ont pour leur part diminués de -4,6% en 2017 mais ne représentent que 3,1% de la dépense.

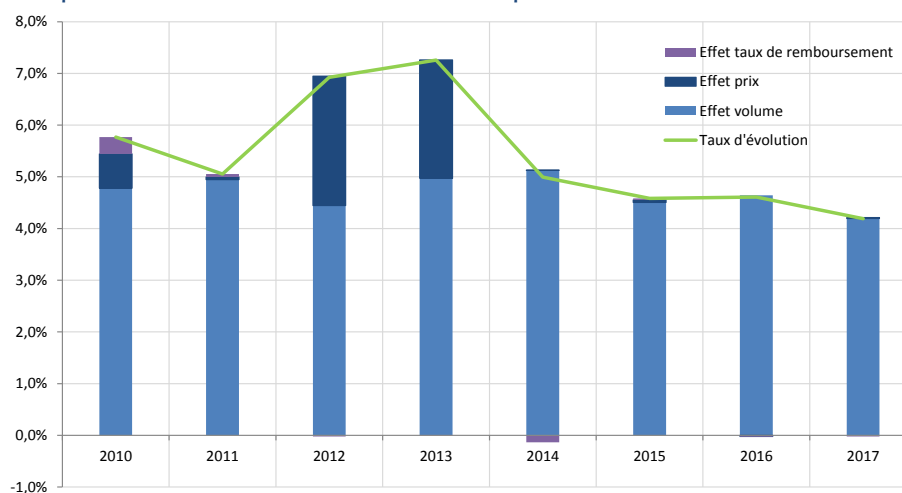
Graphique 4 • Décomposition de la croissance de la biologie médicale



Graphique 5 • Décomposition de la croissance des transports sanitaires



Graphique 6 • Dépenses remboursées des honoraires paramédicaux



Source : CNAM, données CVS-CJO.

2.4 De l'ONDAM aux comptes du régime général

En 2017, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM ont atteint 190,7 Md€ sur l'ensemble des régimes et devraient atteindre 195,2 Md€ en 2018, soit un montant conforme à l'objectif voté en LFSS 2018.

Cette fiche présente le passage de la vision économique des dépenses de l'ONDAM aux dépenses comptabilisées par le régime général.

La mise en place de la protection universelle maladie permet de rapprocher sensiblement le champ de l'ONDAM de celui du régime général

Depuis 2016, avec la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA), les comptes du régime général permettent de retracer la quasi-totalité des dépenses tous régimes (les comptes du régime général en présentation PUMA couvrent désormais plus de 99% des dépenses de l'ONDAM contre 86% auparavant). Les écarts subsistants tiennent :

- aux prestations qui sont exclues du périmètre de la PUMA : les prestations en nature dont le remboursement relève de règles plus favorables que celles appliquées dans le droit commun ainsi que les indemnités journalières maladie des régimes autres que la CNAM ou le régime des salariés agricoles ;
- aux dépenses AT-MP de l'ONDAM hors régime général ;
- aux dépenses relevant de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Champ de l'ONDAM et champ des prestations maladie-maternité-AT-MP

En 2017, l'ONDAM est composé à 97% de prestations. Les 3% restant correspondent à des prises en charge de cotisations des professionnels de santé, qui sont comptablement des transferts entre régimes de sécurité sociale et des dotations (votées en LFSS) suivies dans des comptes spécifiques de transferts. Par ailleurs, les remises conventionnelles sur les produits de santé et la contribution des organismes complémentaires, qui sont comptabilisées en produits des régimes maladie, sont retracées en moindres dépenses dans l'ONDAM.

Le champ des prestations des branches maladie et AT-MP est plus large que celui des prestations du champ de l'ONDAM. Les prestations ONDAM représentent 91,6% des prestations servies par le régime général en 2017. Ces autres prestations sont présentées dans la fiche 2.5.

Approche économique et approche comptable

Les prestations figurant dans les comptes des régimes et l'ONDAM fournissent deux visions différentes des dépenses d'assurance maladie. L'approche comptable retrace les prestations de l'année N telles qu'appréciées au mois de mars de l'année N+1 lors de la clôture des comptes des régimes. Elle intègre une provision pour les charges relatives à l'année N qui seront versées en N+1, et déduit la provision constituée en N-1 pour les dépenses versées en N au titre de l'exercice N-1. Si la provision calculée pour l'année N-1 s'avère *in fine* supérieure aux prestations réellement versées en N, les dépenses comptables de l'année N sont mécaniquement minorées de cet écart (via la reprise sur les provisions). Inversement, si la provision a été sous-estimée en N-1, les dépenses de l'année N sont mécaniquement majorées. L'ONDAM retient une approche économique des dépenses et les remboursements afférents aux soins de l'année N sont actualisés postérieurement à la clôture des comptes, les écarts constatés sur les provisions affectant directement leur exercice de rattachement¹ (cf. encadré 1 fiche 2.2).

Le tableau 1 présente les dépenses du régime général dans une approche économique et ses écarts avec l'approche comptable. En 2017, les charges comptables nettes des recettes atténuatives sont supérieures aux dépenses nettes constatées dans l'approche économique de l'ONDAM de 0,4 Md€.

Cet écart s'explique en premier lieu par la mise en place du FFIP (Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, cf. fiche 2.2 du rapport de juillet 2017) : une partie de la contribution de ce fonds au remboursement des médicaments dispensés en établissements de santé (correspondant à la mobilisation de 25% de ses réserves) n'est pas intégrée dans l'ONDAM, à hauteur de 0,22 Md€ (dont 0,1 Md€ minore les soins de ville et 0,12 Md€ minore les soins en établissements).

¹ En miroir, les montants au titre des remises conventionnelles, sont également retraités dans l'approche économique, les produits à recevoir d'un exercice étant actualisés au vu des produits recouvrés l'année suivante.

Par ailleurs, les dépenses comptables de la branche maladie sont gonflées par une double comptabilisation, à tort, dans ses propres comptes, des dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (0,20 Md€).

Les provisions constituées au titre des dettes contractées par l'assurance maladie pour les soins des Français à l'étranger avaient été sous-estimées pour la période 2011-2016 : elles ont ainsi été revues à la hausse, via une augmentation de la provision 2017 de l'ordre de 0,06 Md€, sans impact sur l'ONDAM 2017. En sens inverse, la sous-estimation des provisions 2017 au titre des soins de ville et des dépenses en établissements de santé minore les charges comptables 2017 de près de 0,08 Md€ par rapport à l'ONDAM.

En 2017, l'intégration dans l'ONDAM du financement des établissements et services d'aide par le travail, pour 1,5 Md€, explique un taux de croissance des charges comptables plus élevé que celui de l'ONDAM (l'intégration de ces charges a été neutralisée dans l'évolution de l'ONDAM, calculée à périmètre constant).

En 2018, les dépenses comptabilisées au sein du régime général augmenteraient un peu plus rapidement que l'ONDAM, du fait de l'intégration dans les comptes de la CNAM des indemnités journalières versées aux artisans et commerçants, alors qu'elles sont déjà dans le périmètre de l'ONDAM (intégration due à la suppression du régime social des indépendants le 1^{er} janvier 2018).

Tableau 1 • Les dépenses du régime général dans le champ de l'ONDAM

en millions d'euros

	2016		2017					2018 (p)	
	Eco.	Compt.	Eco.	Compt.	Ecart	Evol Eco. (%)	Evol compt. (%)	Compt.	Evol compt. (%)
PRESTATIONS	179 108	178 893	184 725	185 137	412	3,1	3,5	189 430	2,3
Soins de ville	82 776	82 690	84 823	84 926	103	2,5	2,7	87 153	2,6
SDV en nature	72 496	72 415	74 126	74 220	94	2,2	2,5	75 898	2,3
SDV en espèces	10 279	10 275	10 697	10 706	9	4,1	4,2	11 255	5,1
Etablissements publics et privés	77 202	77 199	78 607	78 854	247	1,8	2,1	80 443	2,0
Etablissements médico-sociaux	18 445	18 448	20 563	20 564	1	11,5	11,5	21 114	2,7
Soins des français à l'étranger	685	557	732	793	61	6,8	42,5	720	-9,3
AUTRES DEPENSES SOINS DE VILLE	2 912	2 969	2 693	2 706	13	-7,5	-8,9	2 607	-3,6
Prise en charge cot. PAM	2 526	2 583	2 326	2 339	13	-7,9	-9,5	2 349	0,4
FAC +OGDPC	184	184	182	182	0	-1,3	-1,3	72	--
Aides à la télétransmission	136	136	117	117	0	-14,2	-14,2	117	0,0
Subvention Teulade	65	65	68	68	0	5,2	5,2	69	1,3
AUTRES DEPENSES	3 405	3 391	3 671	3 674	4	7,8	8,3	4 216	14,7
Dépenses relatives au FIR	3 018	3 004	3 240	3 244	4	7,4	8,0	3 348	3,2
Ex- FIQCS	41,2	41,2	44,0	44	0	6,9	6,9	66,0	++
FMESPP	2	2	59	59	0	++	++	449	++
ONIAM	87	87	107	107	0	22,3	22,3	107	-0,1
Autres participations et subventions	257	257	220	220	0	-14,3	-14,3	246	11,9
RECETTES ATTENUATIVES	-1 428	-1 534	-1 515	-1 542	-28	6,0	0,5	-1 783	15,6
Remises conventionnelles	-1 280	-1 387	-1 369	-1 396	-28	6,9	0,7	-1 536	10,0
Participation UNOCAM	-148	-148	-146	-146	0	-1,2	-1,2	-248	++
TOTAL CHAMP ONDAM	183 997	183 718	189 574	189 975	401	3,0	3,4	194 469	2,4

* Il s'agit des prestations financées par le transfert de l'assurance maladie à la CNSA (ONDAM médico-social). Le reste des dépenses, prises en charge par la CNSA, n'entre pas dans le champ de l'ONDAM.

La présentation diffère de la fiche 2.2, les évolutions ne neutralisent pas ici les nouvelles dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM et financées par ailleurs, traitées en changement de périmètre dans la présentation de l'ONDAM (cf. annexe 7 du PLFSS pour 2018).

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Evolution comptable des prestations ONDAM et hors ONDAM par risque

en millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2018	%
PRESTATIONS CHAMP ONDAM	151 814	178 893	17,8%	185 137	3,5%	189 430	2,3%
dont maladie	144 368	171 260	18,6%	177 556	3,7%	181 619	2,3%
dont maternité	3 599	3 765	4,6%	3 691	-2,0%	3 805	3,1%
dont AT-MP	3 847	3 868	0,6%	3 890	0,6%	4 006	3,0%
PRESTATIONS CHAMP HORS ONDAM	15 944	16 689	4,7%	17 051	2,2%	17 446	2,3%
dont maladie	7 998	8 746	9,3%	9 114	4,2%	9 248	1,5%
dont maternité	3 000	3 073	2,4%	3 083	0,3%	3 245	5,3%
dont AT-MP	4 945	4 870	-1,5%	4 854	-0,3%	4 953	2,0%

Source : DSS/SDEPF/6A

2.5 Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM

Cette fiche présente l'évolution des prestations légales des branches maladie et AT-MP du régime général qui n'entrent pas dans le champ de l'ONDAM. Il s'agit principalement de prestations en espèces qui ne sont pas strictement liées au risque maladie : les indemnités journalières pour congés maternité et paternité, les pensions d'invalidité qui indemnisent la perte de revenus des personnes ayant perdu leur capacité de travailler, les rentes octroyées suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle qui composent l'essentiel des prestations d'incapacité permanente ainsi que les prestations relatives à l'indemnisation des conséquences de l'exposition à l'amiante, servies par le FCAATA et le FIVA.

Ce champ inclut également des prestations en nature non incluses dans l'ONDAM telles que les prestations médico-sociales financées sur les ressources propres de la CNSA et les prestations de soins d'assurés étrangers en France refacturés au pays dont ils relèvent. Enfin, sont également présentées ici les prestations d'action sociale des branches maladie et AT-MP et une grande partie du financement de leurs actions de prévention.

Depuis 2016, les comptes de la branche maladie du régime général sont établis sur le champ de la protection universelle maladie (PUMA), et les prestations présentées ci-après intègrent désormais les prestations maladie de droit commun des autres régimes de base.

Au total, les prestations hors ONDAM des branches maladie et AT-MP du régime général se sont élevées à 17,2 Md€ en 2017, en hausse de 1,9% par rapport à 2016 (cf. tableau 1). Leur progression serait du même ordre en 2018 (+1,8%).

Le recul de l'âge légal de départ en retraite pousse encore les pensions d'invalidité en 2017

En 2017, les pensions d'invalidité servies se sont élevées à 6,3 Md€, en hausse de 5,1%, soit une progression inférieure à celle enregistrée en 2016 (cf. tableau 2). Comme en 2016, la revalorisation des pensions joue faiblement en moyenne annuelle (+0,3%) du fait de la faible inflation¹. L'effet volume est l'une des deux principales raisons de l'augmentation des pensions en 2017 (+2,1%), avec le recul de 4 mois de l'âge légal de départ en retraite, qui conduit à allonger la durée passée en invalidité et contribue pour +2,7% au dynamisme des pensions en 2017.

En 2018, les prestations d'invalidité seraient freinées (+2,4%), principalement en raison de la fin de la montée en charge du recul de l'âge légal de départ en retraite, désormais fixé à 62 ans. L'effet volume faiblirait par ailleurs (+1,6%), tandis que la revalorisation des pensions contribuerait davantage que les années précédentes à la hausse des dépenses (+0,8% en moyenne annuelle) compte tenu d'une inflation prévisionnelle de 1,1%.

Les rentes AT-MP encore en léger recul en 2017

En 2017, la baisse des dépenses de prestations d'incapacité permanente s'est poursuivie (-0,2% après -0,5% en 2016, cf. tableau 3). Elle résulte d'une contraction du volume de l'ordre de 0,5% par an depuis 2014. En sens inverse, la revalorisation des prestations, plus forte qu'en 2016, soutient la dépense (+0,3% après +0,1%).

En 2018, ces prestations augmenteraient de 1,1%, portées par une revalorisation plus élevée (+0,8% en moyenne annuelle), conséquence d'une inflation plus forte. L'intégration dans ces dépenses des rentes servies auparavant par le Fonds commun des accidents du travail (FCAT) expliquerait 0,2 point d'évolution.

Les dépenses d'indemnités journalières de maternité en très légère croissance en 2017

Les indemnités journalières maternité et paternité ont représenté une dépense de 3,1 Md€ en 2017 (cf. tableau 4). Leur faible dynamique (+0,3% par rapport à 2016) s'explique par deux effets contraires : la progression des salaires conduit à une hausse du montant moyen, mais la baisse observée de la natalité (-2,4%) diminue le nombre d'indemnités versées. Les dépenses d'indemnités journalières pour 2018 seraient en hausse de 5,5%, tirées par l'intégration aux dépenses du régime général des indemnités journalières maternité du RSI. Sans cet effet de périmètre, les dépenses augmenteraient de 1,8%.

¹ La LFSS 2016 a modifié le mode de revalorisation des prestations sociales. Les pensions d'invalidité demeurent revalorisées au 1er avril de chaque année, mais selon l'inflation constatée de février N-1 à janvier N. Cela permet d'éviter les mécanismes correctifs entre inflation prévue et inflation constatée qui avaient cours jusqu'alors.

Tableau 1 • Décomposition des prestations hors ONDAM

En millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	contrib	2018(p)	%
PRESTATIONS SOCIALES HORS ONDAM	16 094	16 864	4,8	17 191	1,9	1,9	17 485	1,7
Prestations d'invalidité	5 612	6 028	7,4	6 333	5,1	1,8	6 486	2,4
Prestations d'incapacité permanente (AT-MP)	4 325	4 305	-0,5	4 295	-0,2	-0,1	4 341	1,1
Préretraite amiante (ACAATA)	434	388	-10,7	351	-9,4	-0,2	316	-9,9
IJ maternité et paternité	2 975	3 052	2,6	3 060	0,3	0,0	3 225	5,4
Soins des étrangers (conventions internationales)	853	822	-3,6	965	17,4	0,8	862	-10,6
Actions de prévention (hors INPES et FNPEIS FIR)	333	395	18,6	443	12,2	0,3	555	25,2
Prestations légales décès	111	98	-11,6	102	3,7	0,0	103	0,6
Prestations extralégales	111	122	10,0	129	6,1	0,0	133	3,1
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	1 119	1 401	25,2	1 298	-7,4	-0,6	1 253	-3,5
Etablissements médico-sociaux PH hors OGD	36	44	23,5	46	4,3	0,0	46	0,0
Autres prestations, provisions nettes et pertes sur créances	185	208	12,8	170	-18,5	-0,2	165	-2,8

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 2 • Les pensions d'invalidité

En millions d'euros

	2015	2016	2017	2018(p)
MONTANTS NETS	5 612	6 028	6 333	6 486
Progression en valeur	3,4%	7,4%	5,1%	2,4%
dont revalorisation	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%
dont effet volume *	0,9%	1,3%	2,1%	1,6%
dont effet périmètre PUMa		3,9%		
dont réforme des retraites	2,4%	2,0%	2,7%	0,0%

Source : DSS/SDEPF/6A.

* Cet effet regroupe plusieurs composantes dont le salaire moyen, l'évolution des entrées/sorties du dispositif et le taux d'invalidité.

Tableau 3 • Les prestations d'incapacité permanente servies par la CNAM AT-MP

En millions d'euros

	2015	2016	2017	2018(p)
MONTANTS NETS	4 325	4 305	4 295	4 341
Progression en valeur	-0,2%	-0,5%	-0,2%	1,1%
dont revalorisation	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%
dont effet périmètre FCAT				0,2%
dont effet volume*	-0,4%	-0,5%	-0,5%	0,1%

Source : DSS/SDEPF/6A.

* Cet effet regroupe plusieurs composantes dont le salaire moyen, l'évolution des entrées/sorties du dispositif de rentes de victimes AT-MP et le taux de gravité des incapacités permanentes.

Tableau 4 • Les indemnités journalières pour congés maternité, paternité et pour accueil de l'enfant

En millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2018 (p) hors RSI	%	2018(p)	%
TOTAL INDEMNITES JOURNALIERES	2 975	3 052	2,6	3 060	0,3	3 102	1,6	3 225	5,4
IJ maternité	2 756	2 824	2,5	2 833	0,3	2 874	1,8	2 989	5,5
IJ paternité et d'accueil de l'enfant	219	228	4,2	227	-0,6	228	-0,1	237	4,4

Source : DSS/SDEPF/6A.

En 2018, la baisse de la natalité prévue (-1,6%) serait compensée par des salaires plus dynamiques (+2,4% sur le secteur privé) et la mise en œuvre d'une nouvelle aide légale en faveur des femmes médecins¹.

Les charges liées aux fonds amiante (FCAATA et FIVA) ont diminué en 2016

La décade des effectifs de travailleurs exposés à l'amiante conduit à une baisse tendancielle des dépenses des fonds amiante.

En 2017, les dépenses de la CNAM-AT relative à ces fonds ont diminué de presque 190 M€. Cette baisse résulte principalement de la diminution de 180 M€ de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). En 2018, les charges continueraient de diminuer d'environ 30 M€ : le léger rebond de la dotation du FIVA ne compense pas la baisse de 50 M€ des dépenses au titre du fonds de cessation d'activité anticipé des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Une décroissance continue du nombre d'allocataires de l'ACAATA

Les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ont poursuivi leur baisse en 2017 (-9,2%, cf. tableau 5). Cette contraction de la dépense traduit un nombre d'entrées dans le dispositif nettement inférieur au nombre de sorties. Les mêmes mécanismes seraient à l'œuvre en 2018 et la diminution serait de 10,1% (cf. tableau 5) : le nombre de bénéficiaires diminuerait plus fortement qu'en 2017, mais la revalorisation en moyenne annuelle serait légèrement plus élevée (+0,6% après +0,2%).

LA CNAM-AT prend en charge le surcroît de dépenses, pour la CNAV, de pensions lié aux départs anticipés au titre de l'amiante. Cette dépense est particulièrement dynamique étant donné le nombre important de sorties du dispositif d'ACAATA, qui correspondent à des basculements vers la retraite. Ce transfert a augmenté fortement en 2017 (125 M€ contre 91 M€ en 2016) et continuerait d'augmenter en 2018.

Un montant de dépenses d'indemnisation du FIVA toujours élevé en 2017 et 2018

Les dépenses nettes du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ont diminué de 14% en 2017 pour s'établir à 400 M€ (elles avaient déjà baissé en 2016 où elles s'élevaient à 467 M€). Le nombre d'offres d'indemnisation faites aux victimes (6 700) a nettement diminué en 2017 par rapport à 2016 (-9%). Les propositions d'indemnisation faites aux ayants-droit ont également diminué, de 7%, pour s'établir à 10 700. Le stock de dossiers en instance de traitement par le FIVA, décomptés en fin d'année, qui s'était déjà beaucoup résorbé les années précédentes, a de nouveau diminué en 2017 (-4%) pour atteindre 1918 dossiers.

Pour 2018, les prévisions de dépenses du FIVA s'élèvent à 360 M€, dont 302 M€ au titre des dépenses d'indemnisation : le nombre de nouvelles demandes de victimes serait en baisse par rapport à 2017 et s'établirait à près de 5 600. Le nombre de nouvelles demandes d'ayants-droit se réduirait également de près de 5% et atteindrait 1 500 en 2018. Le coût moyen par dossier se réduirait légèrement, de 1,4% pour les demandes de victimes et de 3,3% pour celles des ayants droits, s'établissant respectivement à 42 000 € et 9 000 €.

Pour disposer d'un fonds de roulement suffisant et couvrir les dépenses prévisionnelles de l'établissement, les disponibilités de trésorerie doivent se maintenir à un niveau équivalent à deux mois d'indemnisation (soit environ 60 M€). Afin de réduire le niveau élevé du fonds de roulement en 2016 (152 M€), le montant de la dotation de la branche AT-MP avait diminué en 2017 pour passer de 430 M€ à 250 M€.

Une dotation du même ordre a été reconduite en 2018 (270 M€). Compte tenu de la baisse des dépenses retenue en prévision, le FIVA serait à l'équilibre (+2 M€) en 2018, et le fonds de roulement resterait identique à son niveau de 2017, de l'ordre de 95 M€ (cf. tableau 6).

¹ Une aide financière conventionnelle - en complément des indemnités prévues par l'assurance maladie obligatoire - a été initialement mise en place dans le cadre d'un contrat incitatif pour les jeunes médecins qui s'installaient en zone sous-dense (contrat de praticien territorial de médecine générale). Cette aide avait pour objectif de favoriser l'installation des médecins sur ces territoires. L'aide financière a par la suite (LFSS 2017) été étendue à l'ensemble des médecins libéraux interrompant leur activité en cas de maternité, paternité ou d'adoption afin de renforcer l'attractivité de l'activité libérale pour les jeunes médecins. Le coût de cette aide devrait atteindre 25 M€ en 2018.

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, du flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales. Le champ des salariés éligibles a été étendu en 2000 aux dockers professionnels et en 2002 aux personnels portuaires de manutention. Depuis 2003, il est également ouvert aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. Les allocations de cessation anticipée d'activité sont prises en charge par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le fonds prend également à sa charge les cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse ainsi que les cotisations aux régimes de retraite complémentaire dues par les bénéficiaires des allocations versées par le fonds. La loi portant réforme des retraites de 2010 a maintenu pour les allocataires l'âge minimal de départ à 60 ans et l'âge de départ au taux plein à 65 ans. Pour compenser ces départs dérogatoires, un nouveau transfert au profit de la CNAV a été mis à la charge du fonds à compter de 2011.

Le fonds est financé, essentiellement, par une contribution de la branche AT-MP du régime général fixée chaque année par la LFSS, par une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, ainsi que, jusqu'en 2016, par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac. Le fonds est géré pour une partie de ses opérations (allocations, cotisations volontaires vieillesse et frais de gestion) par la branche AT-MP du régime général et pour l'autre partie (cotisations complémentaires vieillesse) par la caisse des dépôts et consignations (CDC). Les recettes des taxes sur les tabacs ne permettant pas au fonds de couvrir intégralement les charges de cotisations de retraite complémentaire (de l'ordre de 120 M€), le fonds est amené à faire appel en trésorerie à la CNAM. Les CARSAT versent directement les prestations qu'elles gèrent (allocations et cotisations d'assurance vieillesse volontaire) et la CNAM suit ces dépenses dans une gestion spécifique. A la suite d'observations de la Cour des comptes dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général, le FCAATA, fonds sans personnalité morale, est consolidé depuis 2012 dans les comptes de la branche AT-MP. Du fait des opérations de consolidation, la dotation de la branche AT-MP au FCAATA n'apparaît plus dans son compte de résultat dans la mesure où l'enregistrement des dépenses réelles du fonds d'une part, ainsi que la recette de droit tabac jusqu'en 2016 d'autre part, s'y substituent désormais.

Tableau 5 • Les charges liées aux fonds amiante dans les comptes de la CNAM AT-MP

En millions d'euros						
	2015	2016	%	2017	%	2018(p)
CHARGES	1 123	1 079	-3,9	890	-17,5	861
Au titre du FCAATA	743	649	-12,6	640	-1,4	591
Allocation ACAATA	434	388	-10,7	352	-9,2	316
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	98	87	-10,7	78	-10,1	71
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	84	76	-10,5	77	2,4	60
Transfert à la CNAV au titre de la compensation des départs dérogatoires	118	91	-22,7	125	36,6	137
Autres charges du FCAATA gérées par la CDC	0	0	-31,1	1	248,6	0
Charges de gestion	9	8	-10,7	7	-7,0	6
Contribution de la CNAM-AT au FCAATA						
Contribution de la CNAM-AT au FIVA	380	430	13,2	250	-41,9	270
PRODUITS (droits de consommation sur les tabacs)	35	35	0,0	0	-99,1	0
IMPACT SUR LE RESULTAT NET DE LA CNAM-AT	1 088	1 044		890		861

Source : DSS/SDEPF/6A.

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 analyse 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 des acomptes avant la fixation de l'indemnisation. Le fonds est un établissement public qui a commencé à opérer à partir du 1^{er} juillet 2002. Il instruit les dossiers et verse les indemnisations selon un barème qui se décompose en deux parties : l'indemnisation des préjudices patrimoniaux (préjudice économique) et l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Par décision du conseil d'administration du FIVA, la partie extrapatrimoniale du barème du FIVA a été revalorisée de 8,7% pour les dossiers parvenant au FIVA après le 1^{er} juin 2008.

Tableau 6 • Les Comptes du FIVA

en millions d'euros						
	2015	2016	%	2017	%	2018(p)
CHARGES	522	467	-10,5%	400	-14,4%	360
Dépenses d'indemnisation	440	396	-10,1%	340	-14,1%	302
Autres charges	9	9		52	++	50
Charges exceptionnelles	0	7	++	0	--	0
Provisions	73	55	-24,0%	8	--	8
PRODUITS	506	549	8,6%	347	-36,8%	362
Subvention Etat	9	12	33,7%	7	-39,8%	7
Subvention Assurance maladie	380	430	13,2%	250	-41,9%	270
Reprises sur provisions	80	70	-12,5%	56	-19,6%	51
Autres produits	37	37	1,4%	33	-10,0%	33
RESULTAT	-16	82	--	53	-36,3%	2
Investissements	1	1	-37,5%	0	--	0
Variation du fonds de roulement	-24	67	--	-58	--	1
Fonds de roulement N	85	152	++	95	-37,8%	95

Sources : FIVA jusqu'en 2017 - prévisions DSS/SDEPF/6C pour 2018

2.6 Les prestations de retraite des régimes alignés

Les pensions servies par les régimes alignés¹ se sont élevées à 128,4 Md€ en 2017 et atteindraient 132,0 Md€ en 2018 (cf. tableau 1). Trois facteurs expliquent l'évolution des dépenses de pensions :

- l'évolution des effectifs de retraités (effet volume) : la croissance des prestations vieillesse est tirée par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby boom, qui remplacent les classes creuses nées dans l'entre-deux-guerres, et par l'allongement de l'espérance de vie. Cette tendance de fond, qui concerne l'ensemble du système de retraite par répartition, se traduit par une dégradation du ratio démographique des régimes (1,3 cotisant pour un retraité au régime général depuis 2013 contre 1,6 entre 2003 et 2005, cf. graphique 2). Toutefois, le relèvement progressif, depuis 2011, de l'âge légal pour les assurés nés à partir du second semestre 1951 se traduit par un ralentissement des départs en retraite (cf. encadré 2). Cet effet est néanmoins atténué par les assouplissements successifs de la retraite anticipée pour carrière longue² ;

- la croissance de la pension moyenne des retraités, hors revalorisation (effet pension moyenne) : les nouveaux retraités ont des pensions en moyenne plus élevées (effet noria), en raison de carrières plus favorables, en lien notamment avec une participation plus élevée des femmes au marché du travail ;

- la revalorisation des pensions (effet revalorisation) : la faible inflation des années récentes s'est traduite par des taux de revalorisation particulièrement faibles, minorés en outre à court terme par plusieurs réformes successives (cf. encadré 1).

Du fait d'un effet volume en baisse, les prestations ont ralenti en 2017

Les prestations servies par les régimes alignés ont crû de 1,8% en 2017 après +2,0% en 2016. Ce ralentissement résulte de celui des pensions de droits propres (+1,9% après +2,1% en 2016). En effet, compte tenu du poids de ces dernières dans l'ensemble des prestations versées (90% en 2017), la dynamique des prestations vieillesse s'explique quasi intégralement par l'évolution des pensions de droits propres (cf. tableau 2).

Malgré une revalorisation plus élevée qu'en 2016 et un effet pension moyenne également en hausse, le ralentissement des effectifs de nouveaux pensionnés a freiné les droits propres (+0,9 point après +1,6 point en 2016). Ainsi, la progression des effectifs, qui expliquait les trois quarts de la croissance des dépenses de droits propres en 2016, n'en explique plus qu'une petite moitié en 2017 (cf. graphique 1). L'évolution des effectifs reste fortement déterminée par le recul de l'âge légal, issu de la réforme de 2010. En 2017, ce recul a généré des économies d'environ 1,3 Md€ pour la CNAV, après 0,9 Md€ en 2016.

Une année « creuse » pour les nouveaux mois mis en paiement

Le nombre de retraités des régimes alignés a continué d'augmenter en 2017. Les flux de départs en retraite sur l'année ont été en hausse : sur le seul régime général, le nombre d'assurés partant en retraite a atteint 625 000. Toutefois, le relèvement de l'âge légal s'est traduit par un creux des départs en fin d'année 2016, minorant fortement le nombre de nouveaux mois en paiement sur l'année 2017. En outre, le relèvement de l'âge de départ à taux plein a diminué le nombre de départs à l'âge du taux plein (cf. encadré 2 et tableau 3). Ces différents effets de calendrier, auxquels s'est ajoutée la hausse des décès provoquée par la pandémie grippale de début d'année, se sont cumulés et ont ralenti la dépense en 2017.

¹ Les régimes alignés regroupent les régimes ayant adopté depuis 1973 des règles identiques au régime général pour le calcul des droits à la retraite ; à savoir le régime général (CNAV), qui intègre depuis 2018 les artisans et les commerçants (depuis la suppression du régime social des indépendants le 1er janvier 2018), et le régime des salariés agricoles (MSA salariés). La présente fiche couvre le régime général et celui des salariés agricoles (intégré financièrement à la CNAV). En outre, depuis le 1er juillet 2017, la mise en œuvre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA) instaurée par la loi du 20 janvier 2014 conduit à analyser l'évolution des pensions de retraite servies aux populations couvertes par ces régimes dans leur ensemble (salariés du privé, agricoles et non agricoles, artisans et commerçants) pour mieux appréhender leurs déterminants (cf. encadré 3 et fiche 3.2).

² Cf. encadré 3 de la fiche « 2.6. Les prestations de retraite » de la CCSS de septembre 2015.

Tableau 1 • Prestations légales de la branche vieillesse des régimes alignés

en millions d'euros

	2016	%	2017	%	Structure	2018 (p)	%
Régimes alignés	126 237	2,0	128 450	1,8		132 008	2,8
Droits propres	113 175	2,1	115 313	1,9	90%	118 775	3,0
Droits dérivés	12 906	0,5	12 910	0,0	10%	13 033	1,0
Autres prestations nettes	156	++	227	45,4	0%	200	-11,9

Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV – SSI – MSA

Note de lecture : les autres prestations nettes incluent diverses prestations (veuvage, frais de mandataires judiciaires jusqu'en 2015, versement forfaitaire unique, paiements hors électroniques) et les dotations nettes aux provisions pour prestations légales ainsi que les pertes sur créances irrécouvrables. Cette catégorie a fortement progressé en 2016 et 2017 en lien avec le provisionnement pour rappel de majorations de pensions au titre du MICO et de majorations de pensions de réversion pour les polypensionnés.

Tableau 2 • Contribution des droits propres et des droits dérivés à l'évolution des prestations

en points

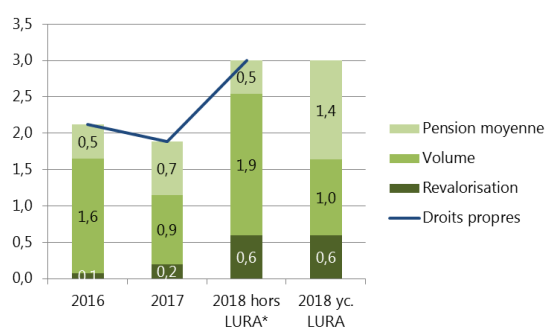
	2016	2017	2018 (p)
Prestations	2,0	1,8	2,8
Droits propres	1,9	1,7	2,7
Droits dérivés	0,1	0,0	0,1
Autres prestations nettes	0,0	0,1	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV – SSI – MSA

Note de lecture : la contribution des droits propres à l'évolution des prestations de retraite servies par les régimes de base a été de 1,7 point en 2017 (sur +1,8% d'évolution).

Graphique 1 • Contribution des différents facteurs à l'évolution des droits propres, et détail des effets LURA en 2018

en points

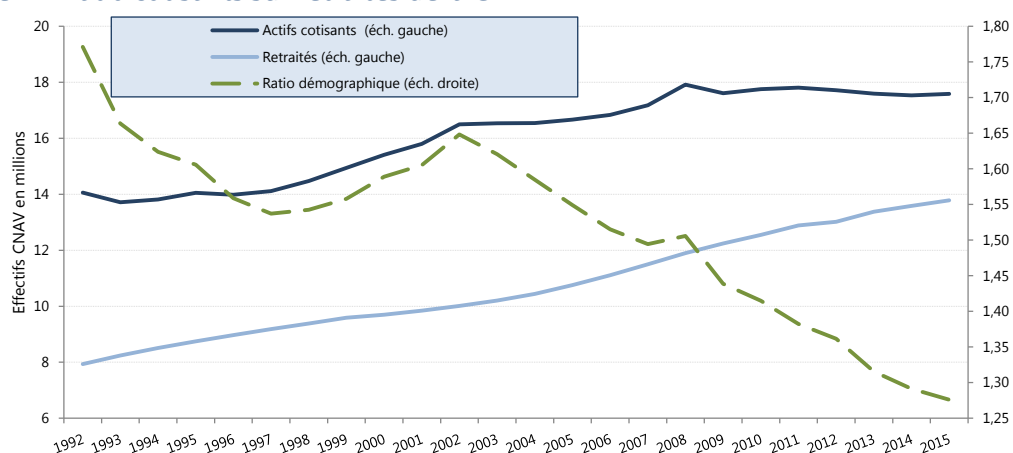


Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV – SSI – MSA

* Le bâton « 2018 hors LURA » présente la décomposition de la croissance des prestations de droit propre si la mise en œuvre de la LURA n'affectait ni les effectifs ni la pension moyenne et permet la comparaison avec l'année 2017.

Note de lecture : la revalorisation des pensions au 1^{er} octobre 2017 contribuerait à hauteur de 0,6 point en moyenne annuelle à l'évolution des droits propres servis par les régimes de base en 2018 (pour une évolution totale de +3,0%).

Graphique 2 • Ratio cotisants sur retraités de la CNAV



Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV et Insee

Champ : France métropolitaine. Estimation des actifs cotisants de la CNAV : de l'effectif d'emploi salarié de l'Insee sont déduits les effectifs concernés par des exonérations ainsi que les effectifs de cotisants des régimes salariés autres que le régime général ; sont en revanche ajoutés les effectifs couverts par les prises en charge de cotisations par le FSV.

Par ailleurs, l'année 2017 a été marquée par l'entrée en vigueur de la LURA (cf. encadré 3 et fiche 3.2) au 1^{er} juillet. Celle-ci, qui prévoit la liquidation de la totalité de la pension dans le dernier régime d'activité, concerne les individus nés à partir du 1^{er} janvier 1953 et se traduira à terme par une hausse des masses de pensions servies par le régime des salariés agricoles, caractérisé par une faible durée d'assurance, alors que les pensions servies par la CNAV diminueront, toutes choses égales par ailleurs. Cette bascule de prestations entre régimes est encore peu visible en 2017 mais montera en charge à mesure que les nouvelles générations liquideront leurs droits.

Dans un contexte de faible inflation, la hausse de la pension moyenne est le second facteur déterminant

Compte tenu de l'inflation, la revalorisation des pensions de retraite s'est élevée à 0,8% au 1^{er} octobre 2017. En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions est demeurée marginale et a contribué pour 0,2 point à l'évolution des prestations de droit propre en 2017, en légère hausse par rapport aux deux années précédentes (0,03 pt en 2015 et 0,08 pt en 2016).

L'augmentation du montant de la pension moyenne est essentiellement due à l'effet noria qui tire la croissance des prestations à hauteur de 0,7 point : ainsi, la pension annuelle moyenne du flux de nouveaux retraités au régime général s'est élevée à 8 634 € tandis que celle du flux de décédés était de 6 961 €. La pension moyenne de l'ensemble des retraités du régime général a atteint 7 506 €¹ après 7 451 € en 2016 (soit +0,7%).

Encadré 1 • La revalorisation des pensions

La date de revalorisation avait été décalée du 1^{er} janvier au 1^{er} avril en 2009, puis au 1^{er} octobre en 2014.

Jusqu'en 2015, le coefficient de revalorisation des pensions était 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. Les références annuelles retenues pour calculer le coefficient relatif à l'année N étaient : la prévision d'inflation établie par la commission économique de la Nation, lorsque les pensions étaient revalorisées en avril, ou la prévision présentée dans le rapport économique, social et financier (RESF) accompagnant la loi de finances initiale, pour une revalorisation au 1^{er} octobre.

En 2014, la non revalorisation des pensions au 1^{er} octobre, décidée lors de l'élaboration de la loi de financement rectificative pour la sécurité sociale de juillet 2014, a conduit à ne pas retenir de correctif entre l'inflation prévisionnelle de 2014 et l'inflation définitive constatée pour l'année 2015. Ainsi en 2015, le coefficient de revalorisation est égal uniquement à la prévision d'inflation du RESF annexé à la LFI pour 2016, soit 0,1%.

L'article 57 de la LFSS pour 2016 modifie la méthode de calcul du coefficient de revalorisation. Au lieu de se fonder sur une prévision d'inflation qui entraîne des correctifs l'année suivante, la revalorisation est désormais fonction de l'évolution de la valeur moyenne des indices de prix mensuels (hors tabac) calculée sur les 12 derniers mois. Le coefficient de revalorisation correspond donc à l'évolution de la valeur moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par l'INSEE calculée sur la période d'août N-1 à juillet N (par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période août N-2 à juillet de l'année N-1). L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) continue pour sa part d'être revalorisée au 1^{er} avril, selon la valeur moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par l'INSEE calculée sur la période de février N-1 à janvier N.

L'article 41 de la LFSS pour 2018 a quant à lui décalé de la revalorisation des pensions de retraite du 1^{er} octobre de chaque année au 1^{er} janvier de l'année suivante ; à l'inverse, pour l'ASPA, la revalorisation est anticipée du 1^{er} avril au 1^{er} janvier. En conséquence, la revalorisation effective des pensions en 2018 sera nulle au 1^{er} octobre et l'effet de la revalorisation des pensions en moyenne annuelle ne s'élèvera donc qu'à 0,6% en 2018, alors qu'il aurait été de 0,85% hors mesure.

Détail du calcul de la revalorisation des pensions

En pourcentage		2014	2015	2016	2017	2018 (p)
Prix hors tabac estimés pour l'année N*	(1)	0,5	0,1	0,1	1,0	1,1
Régularisation sur l'inflation N-1	(4) = (2)-(3)	-0,5	0*	-	-	-
Inflation définitive constatée pour l'année N-1	(2)	0,7	0,4	-	-	-
Prix hors tabac estimés en N-1 pour l'année N-1	(3)	1,2	0,5	-	-	-
Revalorisation effective **	(5) = (1)+(4)	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0
Augmentation en moyenne annuelle		0,325	0,025	0,075	0,2	0,6

* La régularisation ne s'applique pas en 2015 compte tenu du gel des pensions initialement prévu en LFRSS pour 2014.

** La revalorisation correspond à l'inflation en moyenne annuelle août-juillet à compter de 2016.

¹ Les pensions moyennes sont exprimées en euros constants 2014 pour leur montant annuel.

Encadré 2 • Des flux de départ qui évoluent avec le relèvement de l'âge par génération

Avant 2011, les flux de départ en retraite à l'âge légal ou plus correspondaient à 12/12^e d'une génération par année civile. Suite au relèvement progressif et par palier de l'âge légal de départ en retraite, les flux des départs en retraite d'une année donnée, sur la période de montée en charge de la réforme, sont ainsi inférieurs à 12/12^e d'une génération et connaissent des évolutions non linéaires d'une année sur l'autre par rapport à une situation hors réforme (cf. graphique 3).

En effet, bien que le relèvement de l'âge légal soit linéaire pour chaque génération, l'effet sur les masses de pensions annuelles ne l'est pas. La montée en charge se traduit par des décalages de départ à l'âge légal d'une année sur l'autre (cf. tableau 4). Par exemple, l'âge légal de départ à la retraite pour la génération née en 1953 est de 61 ans et 2 mois (relèvement de 14 mois). Les personnes nées entre janvier et septembre 1953, correspondant à 9/12^e de la génération, ont pu partir à la retraite entre avril et décembre 2014 (hors retraite anticipée et dispositifs dérogatoires).

Les assurés nés entre octobre et décembre 1953, avec un âge légal de départ équivalent, ont pu partir à la retraite entre janvier et mars 2015. Cependant, l'âge légal de départ pour la génération 1954 était de 61 ans et 7 mois, par conséquent, seules les personnes nées entre janvier et avril 1954 ont pu liquider leurs droits à la retraite en 2015 (entre septembre et décembre), les individus nés après le mois d'avril ont dû reporter leur départ l'année suivante. Ainsi, en 2015, seulement 7/12^e d'une génération glissante a pu partir en retraite, entraînant un ralentissement des flux de départs. En 2016, seules les personnes de la génération 1954, nées entre mai et décembre, ont pu partir à l'âge légal ; les flux de départ représentant donc 8/12^e d'une génération. En 2017, les flux de départ sont repartis à la hausse : le recul de l'âge légal achevant sa montée en charge, 11/12^e d'une génération a pu partir.

Les évolutions différenciées sur les flux ne reflètent pas nécessairement les évolutions d'effectifs de retraités en moyenne annuelle compte tenu du profil infra-annuel des liquidations à l'âge légal. Le nombre de nouveaux mois en paiement à l'âge légal est ainsi similaire en 2015 (106) et en 2016 (109), alors que les flux de départ sont plus importants en 2016. De même, l'absence de départs à l'âge légal entre septembre 2016 et janvier 2017, qui engendre une forte baisse du nombre d'entrants sur les quatre derniers mois de l'année 2016 et une baisse sur le premier mois de l'année 2017, entraîne des flux de départs beaucoup plus élevés en 2017 qu'en 2016 mais une population moyenne de bénéficiaires en paiement fortement minorée en 2017 (94 nouveaux mois en paiement).

Tableau 3 • Mois de départ à l'âge légal par génération

Mois de naissance / Année de départ	génération 1951* décalage de 4 mois						génération 1952 décalage de 9 mois						génération 1953 décalage de 14 mois						génération 1954 décalage de 19 mois						génération 1955 décalage de 24 mois						génération 1956 décal. de 24 mois					
A l'âge légal / Au taux plein automatique	2011 / 2016			2012 / 2017			2013 / 2018			2014 / 2019			2015 / 2020			2016 / 2021			2017 / 2022			2018 / 2023														
Impact en N et N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1	mois	N	N+1						
janv	fevr	11	1				nov	2	10				avr	9	3				sept	4	8				fevr	11	1									
fevr	mars	10	2				dec	1	11				mai	8	4				oct	3	9				mars	10	2									
mars	avr	9	3							janv	12		juin	7	5				nov	2	10				avr	9	3									
avr	mai	8	4							fevr	11	1	juil	6	6				dec	1	11				mai	8	4									
mai	juin	7	5							mars	10	2	août	5	7			janv	12			juin	7	5				juin	7	5						
juin	juil	6	6							avr	9	3	sept	4	8			fevr	11	1		juil	6	6				juil	6	6						
juil	dec	1	11							mai	8	4	oct	3	9			mars	10	2		août	5	7				août	5	7						
août				janv	12					juin	7	5	nov	2	10			avr	9	3		sept	4	8				sept	4	8						
sept				fevr	11	1				juil	6	6	dec	1	11			mai	8	4		oct	3	9				oct	3	9						
oct				mars	10	2				août	5	7				janv	12		juin	7	5	nov	2	10				nov	2	10						
nov				avr	9	3				sept	4	8				fevr	11	1	juil	6	6	dec	1	11				dec	1	11						
dec				mai	8	4				oct	3	9				mars	10	2	août	5	7	janv	12													
N mois par année	7			5			2			10			9			3			4			8			11			1								
Nouveaux mois en paiement	118			85						106			90			106			109			94						144								

* A partir du 1^{er} juillet pour la génération 1951

Note de lecture : Les colonnes « mois » correspondent aux mois où l'assuré peut liquider sa pension à l'âge légal ou à l'âge du taux plein automatique compte tenu de sa date de naissance. Les colonnes N récapitulent le nombre de mois en paiement au sein de l'année où la personne a liquidé sa pension (en supposant une liquidation au premier jour de chaque mois). Les colonnes N+1 indiquent le nombre total de nouveaux mois en paiement sur l'année postérieure à la liquidation d'un assuré. La ligne « N mois par année » présente le nombre total de mois où les personnes peuvent liquider leur pension à l'âge légal ou au taux plein automatique. Enfin, les nouveaux mois de paiement correspondent au total des 12 premiers mois à payer chaque année si les personnes liquident leur pension à l'âge légal ou à l'âge du taux plein automatique.

Ainsi, compte tenu du calendrier du relèvement de l'âge, une personne née le 1^{er} janvier 1954 a pu liquider sa pension à l'âge légal au 1^{er} septembre 2015 (et au taux plein par l'âge au 1^{er} septembre 2020). Ainsi, l'assuré aurait touché quatre mois de pension en 2015 et 8 nouveaux mois en 2016 (elle contribuerait donc davantage à l'évolution des prestations en 2016). La ligne « nouveaux mois en paiement » totalise le nombre de mois en paiement issus des colonnes « N » pour l'année en cours et des colonnes « N+1 » sur l'année précédente. En 2017, seuls 94 nouveaux mois en paiement à l'âge légal sont comptabilisés (dont 28 mois issus des liquidations à l'âge légal courant 2016 et 66 mois sur les liquidations courant 2017).

A compter de 2016, le relèvement de l'âge du taux plein automatique a commencé à produire des effets sur les masses de pensions versées. En effet, le relèvement pour les générations 1951 à 1955 entre les bornes d'âge 65 et 67 ans suit une évolution similaire à la montée en charge du relèvement de l'âge légal (les effets détaillés ci-dessus sont identiques mais surviennent 5 années plus tard). Ainsi, les personnes nées le 1^{er} juillet 1951 ont pu partir à l'âge automatique du taux plein à compter de décembre 2016 (décalage de 4 mois), contribuant en partie au ralentissement de la contribution des effectifs à l'évolution des prestations versées.

En 2017, les masses de pensions versées ont été infléchies en raison d'un nouveau creux lié aux effets du relèvement des âges de départ à la retraite. D'une part, le relèvement de l'âge légal induit une absence de départ à l'âge légal entre septembre 2016 et janvier 2017. D'autre part, le relèvement de l'âge du taux plein automatique conduit à un creux de départ entre août et novembre 2016, ainsi qu'entre juin et octobre 2017. Ces deux effets ont entraîné une forte baisse du nombre total de nouveaux mois en paiement sur l'année 2017.

À partir de 2018, les départs en retraite à l'âge légal (2023 pour l'âge du taux plein automatique) correspondront à nouveau à des générations entières et le nombre de nouveaux mois en paiement augmentera à pas réguliers ; ce sera donc essentiellement le décalage de l'âge du taux plein automatique qui produira encore des effets sur les masses de pensions versées.

Le recul de l'âge légal achevé, les prestations de retraite accélèreraient en 2018

L'ensemble des prestations vieillesse des régimes alignés progresserait de 3,0% en 2018, après 1,9% en 2017. Ce rebond s'explique essentiellement par l'achèvement du recul de l'âge légal de départ, qui se stabilise à 62 ans à partir de 2017.

En effet, en 2018, l'équivalent d'une génération entière pourra partir à la retraite à l'âge légal. Ainsi, les départs à la retraite et le nombre de nouveaux mois en paiement correspondant retrouveront une progression régulière dès 2018. De ce fait, il n'y aurait plus d'économies au titre du décalage de l'âge légal de départ en retraite. En revanche, le décalage de l'âge du taux plein automatique continue de jouer en 2018 mais pour un effet limité, engendrant un creux de départs de seulement deux mois en novembre et décembre ; les économies à ce titre ne s'élèveraient qu'à 0,2 Md€. Les flux de départ à la retraite pour les seuls salariés du régime général s'élèveraient ainsi à 659 000, en hausse de 5,4% (après +2,9% en 2017).

Au total, la contribution des effectifs de retraités à la hausse des dépenses serait très dynamique (+1,9 après +0,9 en 2017 ; cf. graphique 1), hors effet de la LURA (cf. encadré 3). L'augmentation de la pension moyenne contribuerait à hauteur de 0,5 point à la hausse globale, soit un niveau comparable aux années précédentes.

Enfin, la revalorisation des pensions contribuerait aussi sensiblement à l'évolution des prestations retraite (+0,6 pt), bien que le taux en moyenne annuelle soit minoré à court terme par le décalage de la revalorisation des pensions du 1^{er} octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019 décidé en LFSS pour 2018.

Après avoir atteint un pic en 2017, les pensions pour retraite anticipée commenceraient à refluer

Les pensions versées pour retraite anticipée ne représentent qu'une petite fraction des pensions servies : leur montant s'est établi à 3,3 Md€ en 2017. Elles augmentent fortement depuis 2010 du fait de plusieurs vagues d'élargissement des possibilités de partir en retraite anticipée.

En 2016, elles ont augmenté de 16%, contribuant pour 0,4 point à la croissance des droits propres (cf. tableau 4). En 2017, cette dépense a encore connu une forte hausse pour atteindre un pic de prestations versées à 3,3 Md€ (+20%). Malgré le ralentissement du nombre de départs en retraite anticipée (+4% après +8% en 2016), l'effectif de bénéficiaires a atteint son pic en 2017 (307 000 retraités en moyenne sur l'année) expliquant la plus forte contribution de ce dispositif à la progression des prestations de retraite (0,5 point).

En 2018, les dépenses de retraite anticipée devraient commencer à se réduire : elles tireraient à la baisse la masse des droits propres de la CNAV à hauteur de -0,2 point. Ce repli des dépenses s'explique par un flux d'entrée dans le dispositif moindre (-12%, cf. graphique 4), en raison notamment de l'augmentation d'un trimestre de la durée d'assurance cotisée nécessaire pour en bénéficier (à partir de la génération 1958 et en application de la loi du 20 janvier 2014). Parallèlement, les retraités des générations ayant bénéficié massivement du dispositif à partir de 2013 sont désormais nombreux à en sortir.

Encadré 3 • La liquidation unique des régimes alignés (LURA)

Les régimes alignés regroupent les régimes ayant adopté depuis 1973 des règles identiques au régime général pour le calcul des droits à la retraite : le régime des salariés agricoles (MSA salariés) et celui des artisans et commerçants, intégré depuis le 1^{er} janvier 2018 au régime général (suppression du RSI).

A compter du 1^{er} juillet 2017, la mise en œuvre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA) instaurée par la loi du 20 janvier 2014 conduit à analyser l'évolution des pensions de retraite servies par les trois régimes dans leur ensemble pour mieux appréhender leurs déterminants.

En effet, la LURA implique qu'un assuré qui a cotisé au cours de sa vie active dans plus d'un régime aligné liquide la totalité de sa carrière au sein d'un de ces régimes alignés. Le régime qui assure la liquidation est le dernier régime d'affiliation. Cette réforme a vocation à simplifier les démarches pour les personnes polypensionnées (dépôt de dossier dans son dernier régime de référence). Elle conduit également à rendre plus lisibles les mécanismes de calcul de la pension et permet de traiter de manière identique les assurés monopensionnés et polypensionnés.

La mise en œuvre de la LURA modifie la structure des déterminants de la croissance des prestations de droit propre en 2018.

La LURA modifie sensiblement les montants de pension moyenne, les effectifs et donc les dépenses des régimes concernés. En effet, en minorant les effectifs polypensionnés, la LURA conduit à une baisse des effectifs de retraités comptabilisés au sein de chaque régime (les retraités ne seront plus comptés plusieurs fois dans des régimes différents). Ainsi, si l'on intègre cet effet dans la décomposition de l'évolution de 3,0 % des masses de droits propres qui seraient versées en 2018, la contribution des effectifs ne serait plus que de 1 point (contre 1,9 en neutralisant les effets LURA cf. graphique 1).

De même, comme les pensions liquidées par chaque régime reflèteront la carrière effectuée dans l'ensemble des régimes alignés, les pensions à la liquidation seront sensiblement supérieures à une situation hors réforme (une seule pension sera versée par un régime unique contre deux ou trois pensions versées séparément auparavant). Cela se traduit par la forte hausse de la contribution de la pension moyenne à l'évolution des dépenses dans une situation y compris LURA : elle serait de 1,4 point (0,5 hors LURA).

En prévoyant la liquidation dans un seul régime avec un calcul unique de la durée d'assurance, cette réforme génère au total des économies malgré des effets divergents. En effet, auparavant un assuré polypensionné pouvait avoir une durée d'assurance supérieure à la durée maximum en cumulant les durées d'assurance dans les trois régimes alignés, une durée alors utilisée comme dénominateur dans le calcul de la pension ; ce n'est plus le cas dans le cadre de la LURA. De même, alors qu'il était possible pour un individu de valider plus de 4 trimestres sur une année dans les trois régimes alignés, le nombre de trimestre ne peut dorénavant plus être supérieur à 4 avec la LURA. Ainsi, les trois régimes alignés pris ensemble, la montée en charge de la LURA minorerait légèrement les masses de prestations en générant des économies estimées à 0,1 Md€ en 2018. En effet, par rapport à une situation hors modification des paramètres décrits ci-dessus, il est estimé que les pensions annuelles servies par ces trois régimes baisseraient globalement de 77 €.

En revanche, un assuré polypensionné bénéficiera d'un regroupement de l'ensemble de sa carrière pour le calcul des 25 meilleures années et un polycotisant aux faibles revenus pourra valider des trimestres supplémentaires grâce à la totalisation des revenus annuels.

Tableau 4 • Les retraites anticipées pour carrières longues au régime général

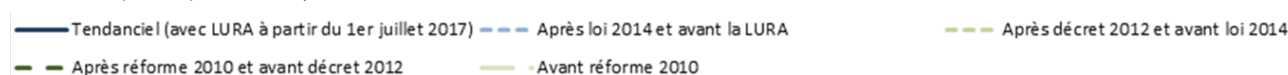
Champ : les seuls salariés du régime général	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Nombre de bénéficiaires d'une RACL en moyenne annuelle	226 044	259 591	15	307 340	18	284 161	-8
Masses de pensions RACL en M€	2 406	2 788	16	3 336	20	3 186	-4
Contribution de la RACL à l'évolution des DP de la CNAV		0,4		0,5		-0,2	

Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV

Graphique 3 • Flux total de départs au régime général



Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV, Prisme



Note de lecture : le tendanciel représente la situation actuelle après prise en compte des différentes réformes.

2.7 Les prestations familiales

En 2017, le montant total des prestations sociales financées par la CNAF s'élève à 42,0 Md€ (cf. tableau 1). Ce montant englobe les prestations légales versées directement par la CNAF et intégrées au fonds national des prestations familiales (FNPF), les prestations versées au titre de l'action sociale, mais aussi les prestations financées par la CNAF et versées par d'autres organismes, telles que les majorations de pensions de retraite pour enfants à charge ou le congé paternité. L'ensemble de ces prestations a été quasiment stable en 2017 (+0,2%) : la hausse des dépenses au titre de l'action sociale (+6,3%) a été absorbée par la légère baisse des prestations légales (-0,3%).

La présente fiche se concentre sur les prestations légales financées par la CNAF, les autres dépenses étant analysées dans la fiche 4.5. L'évolution de ces prestations est décrite via une décomposition en plusieurs facteurs explicatifs : un effet prix, un effet plafond, un effet mesures et un effet résiduel également appelé effet volume (cf. encadré 1).

Pour la troisième année consécutive, les prestations légales ont fléchi en 2017, la baisse étant cependant moins marquée cette dernière année (-0,3%, contre -0,6% en 2016 et -1,8% en 2015). Ces prestations devraient à nouveau croître en 2018 (+0,6%). Les prestations d'entretien en faveur de la famille, comprenant notamment les allocations familiales ou le complément familial, représentent 58% des prestations légales, tandis que les aides à la petite enfance rassemblées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en représentent 38%.

En 2017, les dépenses ont diminué, mais dans une moindre proportion qu'en 2016

En 2015 et 2016, les réformes de la politique familiale ont été le principal facteur d'explication de la baisse des prestations légales : la modulation des allocations familiales en fonction des ressources a notamment généré une économie de 0,8 Md€ par an. En 2017, à l'inverse, l'effet des mesures nouvelles (+0,3 point) tirerait à la hausse les dépenses, conjointement à l'effet prix (+0,3 point), tandis que l'effet plafond jouerait à la baisse (-0,3 point). La baisse des dépenses s'explique ainsi principalement par la diminution du nombre d'allocataires (effet volume de -0,6 point) en raison d'effets démographiques (baisse de la natalité) et d'un moindre recours à certaines prestations.

Ces effets sont différenciés selon les prestations : la PAJE continue de baisser en 2017 (-3,8% après -0,7% en 2016), alors que les prestations d'entretien affichent une hausse (+1,8%), pour la première fois depuis 2015.

La montée en charge des mesures du plan pauvreté prend le pas sur les mesures d'économie portant sur la PAJE

Deux mesures décidées dans le cadre du plan pauvreté de 2013 contribuent à la croissance des prestations : la revalorisation de l'allocation de soutien familial¹ et la majoration du complément familial pour les ménages situés sous un plafond de ressources². En 2017, ces deux mesures contribuent pour 0,18 Md€ (soit 0,6 point) à la hausse des prestations légales.

En sens inverse, les mesures de recentrage de la PAJE sur les ménages les plus fragiles, décidées en 2014 et mises en œuvre progressivement³, continuent à expliquer la baisse des prestations légales en 2017 (-0,3 pt, soit une économie de 0,1 Md€).

La baisse des naissances et un moindre recours à la Prepare ont freiné les dépenses

Le nombre d'allocataires des prestations de la PAJE diminue significativement (effet volume de -1,2 point), alors qu'il augmente pour les autres allocations (effet volume de +0,6 point). L'effet baissier sur la PAJE s'explique par une diminution du nombre de naissances (-2,4% en 2017), et surtout par un moindre recours au congé parental.

¹ Cette revalorisation a démarré en 2014 : elle vise une revalorisation de 25% de l'ASF entre 2014 et 2018, à raison de 5% par an, le 1er avril de chaque année.

² Ce plafond est égal à la moitié de celui du complément familial (non majoré).

³ Ces mesures ont été décidées lors du vote de la LFSS pour 2014. Elles portent sur l'allocation de base (alignement des plafonds de l'allocation de base, création d'une allocation de base à taux partiel), le complément de mode garde (baisse des plafonds pour la rémunération des assistantes maternelles et gardes à domicile) et le dispositif de congés parental CLCA/Prepare.

Tableau 1 • Dépenses de prestations financées par la CNAF

en millions d'euros

	2015	%	2016	%	2017	%	Structure 2017	2018(p)	%
Prestations d'entretien en faveur de la famille	18 220,6	-0,3	18 044,2	-1,0	18 374,5	1,8	58%	18 795,8	2,3
Allocations familiales	12 862,7	-2,3	12 512,8	-2,7	12 593,6	0,6	40%	12 730,7	1,1
Complément familial	1 900,7	7,1	2 007,9	5,6	2 137,6	6,5	7%	2 284,3	6,9
Allocation de soutien familial	1 473,0	6,2	1 528,0	3,7	1 630,8	6,7	5%	1 743,0	6,9
Allocation de rentrée scolaire	1 984,2	1,2	1 995,5	0,6	2 012,6	0,9	6%	2 037,7	1,2
Prestations d'accueil du jeune enfant (PAJE)	12 453,7	-4,0	12 360,4	-0,7	11 891,8	-3,8	38%	11 560,9	-2,8
Primes à la naissance ou à l'adoption	396,3	-38,6	606,0	52,9	589,0	-2,8	2%	573,6	-2,6
Allocation de base	4 095,0	-4,3	3 935,1	-3,9	3 776,2	-4,0	12%	3 629,6	-3,9
Allocations versées pendant le congé parental (CLCA, Prepare)	1 788,0	-8,9	1 583,8	-11,4	1 232,5	-22,2	4%	990,6	-19,6
Complément mode de garde - assistante maternelle	5 599,4	0,7	5 596,0	-0,1	5 588,0	-0,1	18%	5 573,5	-0,3
dont cotisations prises en charge	3 195,1	2,4	3 213,0	0,6	3 232,9	0,6	10%	3 217,9	-0,5
dont rémunérations prises en charge	2 404,4	-1,5	2 383,0	-0,9	2 355,1	-1,2	7%	2 355,7	0,0
Complément mode de garde - employé à domicile	271,4	-0,7	274,3	1,0	280,9	2,4	1%	287,3	2,3
dont cotisations prises en charge	158,6	0,2	158,1	-0,3	161,5	2,1	1%	162,9	0,9
dont rémunérations prises en charge	112,9	-1,8	116,2	2,9	119,5	2,8	0%	124,5	4,2
Complément mode garde - structures	303,4	21,1	365,3	20,4	425,1	16,4	1%	506,3	19,1
Autres prestations	1 067,3	-0,2	1 137,6	6,6	1 174,2	3,2	4%	1 263,1	7,6
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	811,9	-1,6	883,8	8,9	938,2	6,2	3%	1 003,7	7,0
Allocation de présence parentale	71,4	5,1	75,9	6,3	81,2	7,0	0%	89,1	9,8
Frais de tutelle des mineurs	60,5	3,0	58,8	-2,8	57,6	-2,0	0%	59,8	3,7
Autres prestations	123,5	5,0	119,0	-3,6	97,1	-18,5	0%	110,5	13,9
Total des prestations légales financées par la CNAF*	31 741,5	-1,8	31 542,2	-0,6	31 440,4	-0,3	100%	31 619,7	0,6
Aide au logement pour les familles et financement de l'ALT	4 486,6	-50,7	174,7	--	34,1	-80,5		17,2	-49,5
Majorations pour enfants à charge	4 704,0	0,9	4 746,1	0,9	4 777,6	0,7		4 852,6	1,6
Prestations extralégales	4 956,7	6,4	5 108,7	3,1	5 430,8	6,3		5 577,1	2,7
Frais de tutelle des majeurs	315,8	2,8	4,7	-98,5	1,5	-67,4		0,0	0,0
Congé paternité	272,6	-0,9	268,6	-1,5	263,3	-2,0		263,0	-0,1
TOTAL PRESTATIONS** FINANCEES PAR LA CNAF	46 477,2	-9,5	41 845,0	-10,0	41 947,7	0,2		42 329,7	0,9

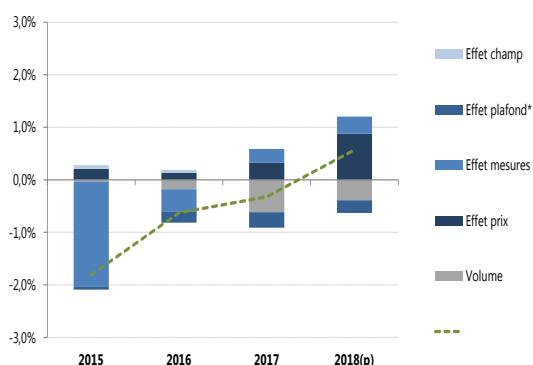
Source : DSS/SDEPF/6A – CNAF. Champ : tous régimes, France entière, hors Mayotte.

(*) Le total des prestations légales financées par la CNAF est présenté à périmètre 2016, afin d'en faciliter l'analyse. En effet, dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale de la mise en œuvre des deux phases du pacte de responsabilité, l'aide au logement familial (ALF) et les frais de tutelle des majeurs (4,8 Md€ en 2015) ont été transférés au budget de l'Etat. Un reliquat d'ALF figure dans le compte de la CNAF, au titre de 2015, à hauteur de 121 M€ en 2017. Ce montant est neutralisé par une reprise sur provisions équivalente.

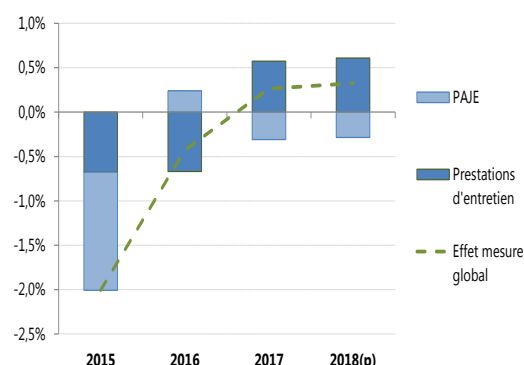
(**) De plus, sont aussi présentées ici, à titre indicatif, les dépenses plus larges que les seules prestations légales : les majorations de pensions pour enfants à charge ainsi que le congé paternité sont comptablement des transferts de la branche famille vers les autres branches. Ces charges, ainsi que les prestations extralégales, sont analysées en fiche 4.5.

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des prestations légales et de l'effet des mesures par grand type de prestation

1a – Ensemble des facteurs de croissance



1b – Décomposition de l'effet mesure



Source : DSS/SDEPF/6A – CNAF.

Champ : tous régimes, France entière hors Mayotte.

Le dispositif a été modifié pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015, avec l'introduction de la Prepare, issue de la loi sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes : la durée maximale du congé a été limitée à 24 mois par parent (dans la limite des 3 ans de l'enfant), contre 36 mois auparavant (dans la même limite) avec le complément de libre choix d'activité (CLCA). Cette réforme s'est accompagnée dès 2015 d'un moindre recours au congé parental par les familles éligibles : le nombre de bénéficiaires d'un congé parental (CLCA ou Prepare) est ainsi passé de 480 000 en 2014 à 400 000 en 2016, soit -17%¹. Par ailleurs, le second parent a rarement pris le relais du premier à l'issue des 24 mois de congé parental pris par le premier parent, alors que cette possibilité est ouverte par la législation². Cela a conduit à limiter la durée moyenne de congé à compter de 2017 et donc le nombre de bénéficiaires, qui atteignait 270 000 fin 2017³.

En 2017, l'effet des revalorisations automatiques a été compensé par l'effet plafond

En 2016, avec la réforme des règles de revalorisation (cf. encadré 1), la revalorisation a été de 0,1%, basée sur l'inflation observée entre février 2015 et janvier 2016. En 2017, les prestations ont été revalorisées de 0,3% au 1^{er} avril. Ainsi, l'effet prix en moyenne annuelle a été de 0,25 point.

Pour les prestations dont l'octroi ou le montant sont soumis à des conditions de ressources (allocations familiales, complément familial, allocations de rentrée scolaire...), une évolution plus rapide des ressources par rapport aux plafonds⁴ entraîne une sortie des bénéficiaires dont les ressources excèdent alors les nouveaux plafonds ou une réduction des montants versés. Ces dernières années, l'effet plafond a toujours été négatif puisque les ressources progressent plus rapidement que l'inflation atone. Ainsi, en 2017, les ressources des allocataires prises en compte, soit celle de 2015, ont globalement progressé de 1,4%. Or, la revalorisation des plafonds a été nulle cette année. Ceci a eu pour effet de réduire les dépenses de ces prestations. L'impact global de l'effet plafond est estimé -0,3 point.

En 2018 les dépenses de prestations légales repartiraient à la hausse

Après trois années consécutives de baisse, les prestations légales augmenteraient à nouveau en 2018 (+0,6%). Les prestations d'entretien conforteraient leur hausse (+2,3%), tandis que les prestations d'accueil du jeune enfant continueraient de baisser (-2,8 %), mais moins qu'en 2017.

Les revalorisations de prestations contribueraient sensiblement au relèvement des dépenses

La hausse de l'inflation constatée entre février 2017 et janvier 2018 s'est traduite par une revalorisation de 1,0% au 1^{er} avril 2018. A cet effet prix s'ajouterait également l'effet de plusieurs réformes, estimé globalement à +0,3 point. Les revalorisations de l'ASF et du CF (cf. *supra*), qui achèvent leur montée en charge, contribueraient pour 0,6 point à la hausse de la dépense globale. Leur effet serait toutefois atténué par l'impact des mesures d'économies anciennes et nouvelles pesant sur la PAJE (économies relatives à l'allocation de base, à la Prepare, et au complément de libre choix de mode de garde). La LFSS pour 2018 prévoit en effet l'alignement des plafonds et des montants de l'allocation de base à taux plein sur ceux du complément familial (CF). Les plafonds de la prime de naissance sont également alignés sur ceux du CF. Ces deux mesures représentent une économie de 55 M€ en 2018 ; cette économie montera en charge jusqu'en 2022.

En 2018, les prestations seraient affectées par des effets volume et plafond négatifs

L'effet volume serait globalement négatif en 2018 (-0,4 point). A l'instar de 2017, la baisse des naissances et le moindre recours au CLCA-Prepare seraient les principaux facteurs de baisse.

En 2018, les ressources des allocataires progresseraient de 1,3%, alors que les plafonds ont été revalorisés au 1^{er} janvier à hauteur de 0,2%. Cet écart (1,1 point) se traduirait par une sortie d'allocataires qui expliquerait 0,2 point de la baisse des prestations.

¹ Hors salariés agricoles.

² A fin décembre 2017, seuls 3100 couples dont l'enfant est né en 2015 ont partagé la prestation.

³ Hors salariés agricoles

⁴ Les plafonds de l'année N sont revalorisés en fonction de l'inflation constatée en N-2, en cohérence avec la prise en considération des ressources constatées en N-2 pour l'attribution des prestations en année N.

Tableau 2 • Contribution à l'évolution de la dépense, par prestation

	en points			
	2015	2016	2017	2018(p)
Prestations d'entretien	-0,7	-0,2	1,0	1,3
Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)	2,8	-1,7	-1,5	-1,1
Autres prestations	-0,8	0,8	0,1	0,3
Evolution du FNPF hors logement	-1,8%	-0,6%	-0,3%	0,6%

Source : DSS/SDEPF/6A – CNAF.

Champ : tous régimes, France entière hors Mayotte.

Encadré 1 • Méthodologie de la décomposition de l'évolution des prestations familiales

Les prestations familiales sont exprimées en proportion de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). L'**effet revalorisation automatique** mesure l'impact de sa revalorisation, à l'exception des prises en charge des cotisations du complément mode de garde pour lesquels on utilise l'évolution du SMIC, qui fournit la meilleure approximation de l'évolution des rémunérations des assistantes maternelles et gardes à domicile.

La LFSS pour 2016 a modifié la méthode de calcul du coefficient de revalorisation de la BMAF. Afin d'améliorer la lisibilité des modalités de revalorisation et d'éviter à l'avenir des correctifs négatifs, la revalorisation suit désormais l'évolution de la valeur moyenne des indices de prix mensuels (hors tabac) calculée sur les 12 derniers mois. Le coefficient de revalorisation correspond donc dorénavant à l'évolution de la valeur moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par l'Insee calculée sur la période de février N-1 à janvier N (par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période février N-2 à janvier de l'année N-1).

Tableau 2 • Calcul du taux de revalorisation appliqué à la BMAF

	2014	2015	2016	2017	2018
Prix hors tabac estimés pour l'année N (1)	1,1%	0,0%			
Ajustement sur N-1* (2)=(4)-(1)	-0,5%	-			
Revalorisation au 1^{er} avril (3) = (1)+(2)	0,6%	0,0%	0,1%	0,3%	1,0%
Revalorisation en moyenne annuelle	0,7%	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%
Inflation constatée (4) **	0,4%	0,0%	0,2%	1,0%	1,1%

(*) L'ajustement sur n-1 représente l'écart entre la prévision d'évolution des prix et la réalisation. En 2015, le correctif (négatif) au titre de 2014 n'a pas été appliqué afin de ne pas diminuer le montant des prestations familiales.

(**) Pour 2018, l'inflation présentée est celle correspondant aux dernières prévisions, mais le coefficient découlant de la nouvelle méthode de revalorisation des prestations est connu de manière définitive en 2017.

L'**effet mesures nouvelles** correspond à l'impact des réformes mises en œuvre sur la dynamique globale des prestations familiales. Les mesures prises en compte sont celles entrant en vigueur ou montant en charge durant l'année analysée, même si elles ont été décidées auparavant (par exemple une revalorisation exceptionnelle mise en œuvre sur plusieurs années). Elles correspondent aux mesures spécifiques à chaque prestation qui modifient le champ d'éligibilité des bénéficiaires ou le montant individuel des allocations en dehors de leur revalorisation annuelle.

Un **effet de champ** ou effet comptable peut également intervenir. Par exemple, en 2016, un effet d'environ 30 M€ a majoré la dépense d'AAEH, contrecoup de 2015 de la charge à payer non-comptabilisée en 2015 au titre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Les plafonds de ressources concernent certaines prestations (CF, ARS, primes et AB de la PAJE) et sont différents pour chacune d'entre elles. Ces plafonds sont revalorisés uniformément au 1^{er} janvier de l'année N selon l'inflation constatée en N-2. Lors de la revalorisation, les ressources des allocataires en N-2 sont comparées aux nouveaux plafonds. Si les plafonds évoluent moins vite que les ressources moyennes, un certain nombre d'allocataires sont exclus mécaniquement : ce que l'on appelle un **effet plafond** négatif. A noter que les allocations familiales, qui demeurent toutefois des prestations universelles en ce qu'elles bénéficient à tout ménage ayant au moins deux enfants indépendamment de leur revenu, sont dorénavant modulées en fonction des ressources et sont donc sensibles à un « effet plafond ». Toutefois s'agissant de ces prestations, les bénéficiaires n'en sont pas exclus, ils voient le cas échéant leur allocation diminuer.

L'**effet résiduel**, assimilé à un effet volume, s'explique par la dynamique propre à chaque prestation. La dynamique de chaque prestation dépend de l'évolution de la démographie éligible à la prestation, de l'évolution de l'allocation moyenne et dans certains cas d'effets liés aux comportements et à l'évolution de l'offre de garde.

3. ECLAIRAGES

3.1 Bilan financier du pacte de responsabilité

Une réduction de plus de 12,3 Md€ des recettes propres de la sécurité sociale

Voté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, et mis en œuvre par les LFSS pour 2015 et pour 2016, le pacte de responsabilité comporte plusieurs mesures visant à réduire le coût du travail. Aux pertes de recettes décidées dans le cadre de ce pacte se sont ajoutées d'autres mesures de réduction des prélèvements sociaux qui sont prises en compte dans la présente analyse.

Une baisse de cotisations assises sur les revenus d'activité de 9,7 Md€...

Les allègements généraux en faveur des bas salaires ont été renforcés dès le 1^{er} janvier 2015 afin que le barème procure une exonération complète au niveau du SMIC des cotisations patronales de sécurité sociale, ainsi que de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et du versement au fonds national d'aide au logement (FNAL). Cette exonération est dégressive et s'annule pour des salaires supérieurs ou égaux à 1,6 SMIC. Le barème des allègements de cotisations est par ailleurs harmonisé pour l'ensemble des entreprises, quelle que soit leur taille.

Ensuite, le pacte de responsabilité a mis en œuvre une baisse de 1,8 point du taux de cotisations patronales famille pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC, en 2015, et pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC à compter du 1^{er} avril 2016. Les travailleurs non-salariés dont les revenus sont inférieurs à 140% du plafond de la sécurité sociale bénéficient, quant à eux, d'une exonération de 3,1 points de leurs cotisations famille. Cet allègement pour les non-salariés a été complété par la baisse de 7 points du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles,

dès 2016 dans un plan de soutien à la filière agricole, et une réduction de celui des travailleurs indépendants mis en œuvre par la LFSS pour 2017.

... complétée par une baisse de 2,6 Md€ des contributions sociales

La contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) a été progressivement supprimée pour les petites et moyennes entreprises pour un coût total de 2,1 Md€.

La loi pour la croissance et l'activité, adoptée le 10 juillet 2015, entraîne également des pertes de recettes à compter de 2016, estimées à 0,3 Md€. Le rendement du forfait social a ainsi été minoré suite à l'introduction d'un taux réduit sur les PERCO, la contribution salariale sur les stock-options a été supprimée et le taux de prélèvement sur les attributions gratuites d'actions minoré.

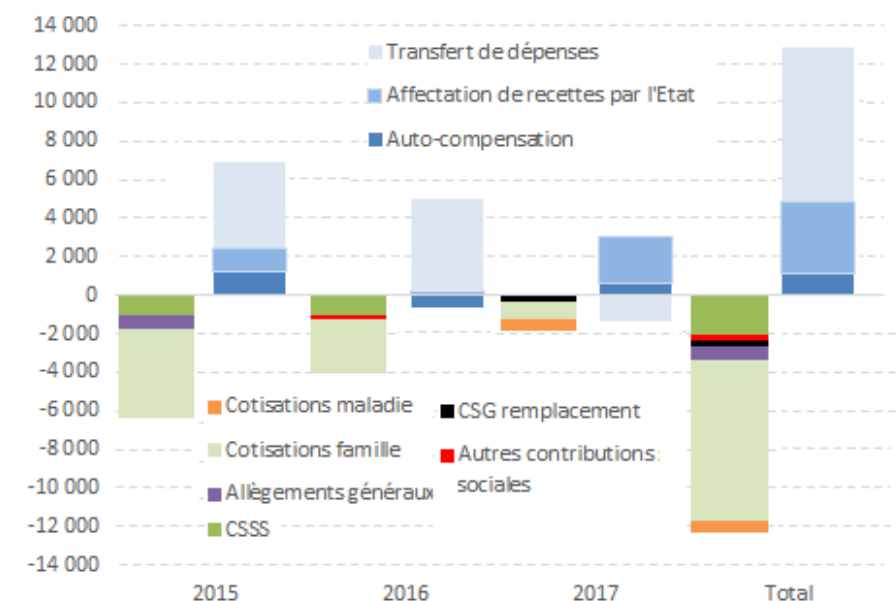
La LFSS pour 2017 a relevé les seuils d'assujettissement aux prélèvements (CSG, CASA, CRDS) sur les revenus de remplacement, pour un coût estimé à 0,3 Md€.

Le transfert de dépenses au budget de l'Etat a été le principal vecteur de la compensation des pertes de recettes

Le périmètre des dépenses de la sécurité sociale s'est réduit de 8,0 Md€

En 2015, les pertes ont été compensées en premier lieu par le transfert à l'Etat du financement de la fraction des aides personnalisées au logement (APL) destinée aux familles jusqu'alors financée par la CNAF. Cela a diminué ses dépenses de 4,6 Md€. En 2016, l'aide au logement pour les familles (ALF) a été transférée en compensation des pertes de recettes de cette année-là. Le gain net de ce transfert, une fois déduite la facturation des frais pour

Graphique 1 • Réductions de recettes et modalités de compensation entre 2015 et 2017



Source : DSS ; ensemble des organismes de sécurité sociale (régimes de base, FSV, CNSA, CADES, Fonds-CMU)

Note de lecture :

En 2015, le pacte de responsabilité implique 6,4 Md€ de pertes de recettes, avec une baisse du rendement des cotisations famille (4,6 Md€), une baisse de l'ensemble des cotisations patronales (hors FNAL) avec le renforcement des allègements généraux (0,7 Md€), et un abattement de CSSS (1,1 Md€).

Ces pertes ont été compensées à hauteur de 6,9 Md€ via le transfert d'une partie des aides au logement au FNAL (4,5 Md€), une auto-compensation par la mise en place du prélèvement à la source des caisses de congés payés (1,2 Md€) et l'affectation de recettes fiscales du budget de l'Etat (1,2 Md€).

la gestion de cette prestation, a été de 4,5 Md€.

En 2016, l'aide juridique aux majeurs (0,3 Md€) a également été transférée ainsi que le financement d'une fraction de l'aide au logement temporaire (0,04 Md€). En 2017, la part du financement par l'assurance maladie des organismes (INPES, EPRUS) fusionnant au sein de l'ANSP est transférée à l'Etat (0,5 Md€).

En sens inverse, l'assurance maladie a pris en charge le financement des stages en ambulatoire des internes hospitaliers en 2015 (0,14 Md€) puis le financement de la part des dépenses de prévention du fonds d'intervention régionale (0,1 Md€) et surtout celui du fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en 2017 (1,5 Md€).

L'Etat a affecté 3,8 Md€ de recettes nouvelles

La compensation a également pris la forme de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale. Ainsi, en 2015, le prélèvement de solidarité sur le capital a été affecté à la sécurité sociale, en complément de la hausse des produits issue du prélèvement à la source des prélèvements sociaux sur les caisses de congés payés (le rendement de cette mesure s'éteint toutefois progressivement en 2016 et 2017).

En 2017, l'Etat a pris en charge certaines exonérations auparavant non compensées. L'affectation des réserves du FSV à la CNAMTS a généré une source d'auto-compensation non pérenne.

De plus, de 2015 à 2017, la fraction de TVA affectée au financement de la sécurité sociale a été ajustée dans l'objectif d'équilibrer chaque année les opérations de transfert de dépenses et de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale (notamment pour compenser le tarissement du rendement de la mesure portant sur les caisses de congés payés).

Globalement, le pacte de responsabilité n'a pas généré de pertes pour la sécurité sociale

En 2015, les transferts de recettes et de dépenses entre l'Etat et la sécurité sociale ont été calibrés *ex-ante* pour affecter au FSV le gain attendu par l'Etat de la fiscalisation des majorations de pensions (1,2 Md€). *Ex-post*, le bilan pour la sécurité sociale ne s'établit cependant qu'à +0,5 Md€ (cf. tableau 1), même si les réallocations de recettes entre organismes de sécurité sociale ont permis d'affecter 1,1 Md€ au FSV.

A l'inverse, en 2016, la compensation mesurée *ex-post*, a généré un gain pour la sécurité sociale de 0,3 Md€, principalement au bénéfice de la CNAMTS.

En 2017, le bilan est globalement négatif pour la sécurité sociale (-0,3 Md€). Toutefois, une réallocation des recettes entre organismes a été opérée, notamment en provenance de la CNAV et au profit de la CNAM, en raison du niveau de son déficit. Une partie des nouvelles recettes a également été allouée au fonds CMU-C pour assurer son équilibre financier.

Tableau 1 • Bilan par organisme du pacte de responsabilité

en Md€	2015	2016	2017	Total
Bilan financier	0,53	0,34	-0,47	0,41
CNAM	-0,30	0,65	0,84	1,19
CNAF	-0,14	0,00	-0,10	-0,25
CNAV	-0,14	0,00	-1,52	-1,66
FSV	1,13	-0,33	0,10	0,90
Fonds CMU	0,00	0,00	0,24	0,24
Autres	-0,01	0,02	-0,02	-0,01

Source : DSS

Une clarification de l'affectation des recettes fiscales et des contributions

Afin de compenser pour chaque organisme le coût du pacte de responsabilité mais aussi réaffecter certains gains entre organismes (cf. *supra*), le bénéfice des transferts de l'Etat, dont ont principalement bénéficié la CNAM et la CNAF, a été réaffecté par des transferts de recettes internes à la sphère sociale¹. Ces réallocations ont permis une rationalisation de l'affectation des recettes et une mise en conformité avec le droit communautaire.

En effet, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital ont été affectés au financement de prestations sociales non contributives (FSV et CNSA), suite à un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (UE) en 2015 portant sur l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus de personnes affiliées à la sécurité sociale auprès d'un autre Etat de l'UE. En contrepartie, les recettes de CSG assises sur les revenus d'activité et de remplacement ont été recentrées sur la branche maladie. Celle-ci concentre, à compter de 2016, 80% de ces recettes, contre 70% auparavant. Les taxes tabac ont également été quasi-intégralement recentrées sur la branche maladie en 2017. Enfin, la taxe de solidarité additionnelle est désormais affectée uniquement à la CNAM et au fonds CMU-C, et plus à la CNAF.

La CNAV est depuis 2017 l'unique affectataire de la CSSS et du forfait social ainsi que des contributions sociales sur les avantages de retraite au détriment du FSV. En contrepartie, le financement du minimum contributif (MICO) par le FSV dont bénéficie la CNAV est progressivement supprimé. La taxe sur les salaires est la seule recette qui reste partagée par la CNAV, la CNAF et la CNAM.

¹ Pour une présentation détaillée par organisme et par année de l'impact du pacte de responsabilité, se reporter à l'annexe à la synthèse du rapport de juin 2016 et à l'encadré 3 de la fiche 1.8 du rapport de juillet 2017.

3.2 Les effets de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)

La réforme des retraites de 2014 a instauré le principe d'une liquidation unique (calcul et versement) des pensions de retraite de base des assurés nés après 1953 ayant été affiliés à au moins deux des régimes dits alignés (appliquant les mêmes règles de calcul des pensions) : le régime général (RG), le régime social des indépendants (ex-RSI)¹ et le régime des salariés agricoles (MSA). Entré en vigueur au 1^{er} juillet 2017, le dispositif a des conséquences importantes sur l'organisation et le fonctionnement des régimes concernés : d'une part, il simplifie la liquidation des poly-pensionnés de ces régimes, d'autre part, il contribue à une plus grande égalité de traitement entre les poly et les mono-pensionnés. La LURA aura un impact limité sur les masses de prestations versées globalement par ces trois régimes, mais en changera la répartition.

En 2018, environ un cinquième des nouveaux retraités des régimes alignés seront concernés par la LURA

Avant la mise en œuvre de la LURA en juillet 2017, les pensions de retraites des assurés poly-affiliés, c'est-à-dire relevant de plusieurs régimes, étaient calculées de façon autonome par chaque régime. Une personne ayant cotisé aux trois régimes alignés était alors poly-pensionnée : elle percevait trois pensions calculées en fonction des droits acquis dans chacun des régimes. Avec la LURA, la pension totale d'un assuré ayant été affilié à plusieurs régimes alignés au cours de sa vie est désormais calculée et versée par un seul régime, selon les mêmes conditions de calcul que pour une personne ayant cotisé uniquement à l'un de ces régimes (mono-pensionné).

Selon les prévisions de la CNAV, plus de 20% des nouveaux retraités des régimes alignés, liquidant leur retraite en 2018, seraient concernés par la LURA.

Les assurés dont le dernier régime d'affiliation est la MSA ou l'ex-RSI ont majoritairement cotisé à aux moins deux des régimes alignés, et sont donc particulièrement concernés par le dispositif de liquidation unique : c'est le cas de 80% des assurés de ces régimes contre 22% des assurés du régime général (cf. graphique 1). La part des générations non concernées par la réforme (générations nées avant 1953) diminuant au fil des années, la proportion des assurés LURA dans l'ensemble des retraités devrait progressivement augmenter dans les années à venir passant de 21% en 2018 à 25% en 2020.

Une mesure de simplification au bénéfice des poly-pensionnés...

Pour les assurés, la mise en œuvre de la LURA qui permet de disposer d'un unique interlocuteur responsable du calcul et du versement de l'ensemble des pensions constitue une simplification importante. Le régime désigné comme compétent est dans la majeure partie des cas le dernier régime d'affiliation. Quelques écarts à cette règle de compétence subsistent toutefois compte tenu de l'existence de dispositifs propres à chaque régime.

En outre, la pension des assurés ayant été exploitant et salarié agricole sera toujours liquidée par la MSA. Enfin, le régime général ou la MSA restent compétents pour les retraites en compensation d'une incapacité permanente.

... et des régimes

Le passage à la LURA allège la gestion en évitant que le dossier d'un même assuré fasse l'objet de plusieurs liquidations de pensions, et mobilise simultanément les moyens de plusieurs régimes.

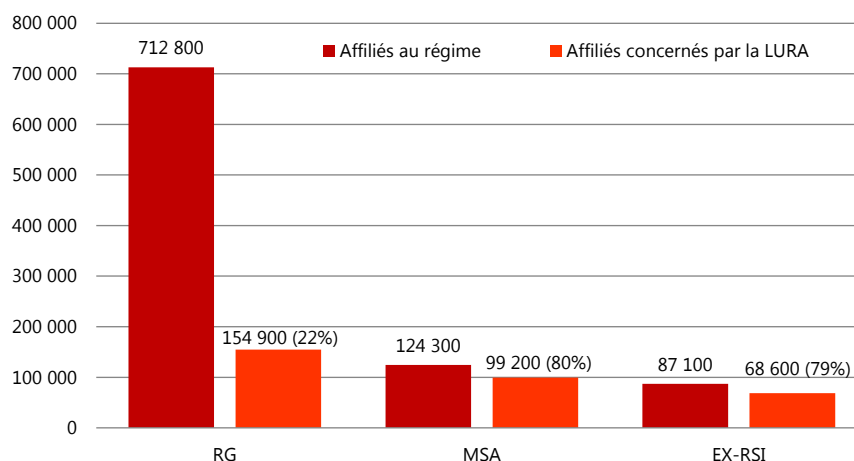
Selon les prévisions de la CNAV, la LURA devrait ainsi conduire à une baisse du nombre de pensions liquidées de l'ordre de 8% pour le RG et de 50% pour la MSA et l'ex-RSI en 2018 (cf. graphique 2). Toutefois les régimes resteront responsables du suivi et de la reconstitution des carrières de leurs affiliés et la retraite complémentaire (pour l'ex-RSI et la MSA) continuera d'être liquidée par chaque régime concerné.

La baisse du nombre de pensions liquidées conduit à une augmentation du montant moyen versé par chaque régime

Les pensions versées dans le cadre de la LURA sont des pensions dites « complètes » couvrant l'ensemble de la carrière, alors qu'auparavant, les pensions versées correspondaient seulement à une partie de cette dernière. La hausse des pensions moyennes sera particulièrement marquée pour la MSA et l'ex-RSI qui verseront désormais des pensions correspondant à l'intégralité de la carrière, y compris les périodes effectuées au RG, alors qu'auparavant ces régimes liquidaient souvent des pensions ne couvrant que des fractions de carrière (cf. graphique 3). Selon les prévisions de la CNAV, en 2018, la LURA devrait entraîner un triplement des pensions moyennes versées par ces deux régimes, (respectivement de 1 790€ à 4 210€ et de 2 850€ à 7 240€) tandis qu'au régime général, la hausse sera plus limitée, de l'ordre de 6% (8 790€ en moyenne contre 8 280€ avant la LURA).

¹ La LFSS pour 2018 supprime le RSI à compter du 1er janvier 2018 et prévoit une reprise progressive de l'essentiel de ses missions par le régime général. La présente fiche conserve néanmoins une distinction entre les 3 populations concernées par la LURA (salariés agricoles et non agricole, artisans/commerçants) pour illustrer les conséquences de cette réforme.

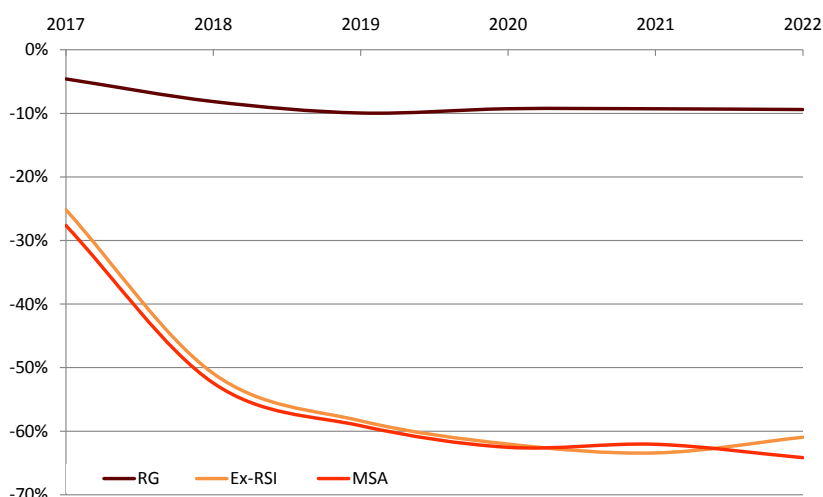
Graphique 1 • Nombre d'affiliés des régimes alignés partant en retraite en 2018



Source: CNAV, Prisme

Note de lecture : parmi les 712 800 assurés qui liquideront leur pension au régime général en 2018, 154 900 assurés (soit 22 %) seront concernés par la LURA.

Graphique 2 • Diminution du flux de liquidations pour chaque régime par année de départ



Source: CNAV, Prisme

Note de lecture : en 2018, la LURA devrait entraîner une baisse du nombre de pensions liquidées de l'ordre de 8% pour le régime Général et de 50% pour la MSA et l'ex-RSI.

Encadré 1 • Règles de calcul de la pension de base dans les régimes alignés

Le régime général et les régimes alignés sont des régimes en annuités qui appliquent des règles similaires de calcul de la pension de retraite de base. Plus précisément, le montant de la pension est le résultat du produit de trois termes :

- **un revenu de référence**, appelé salaire annuel moyen (SAM) pour les salariés et revenu d'activité annuel moyen (RAM) pour les non-salariés, calculé sur la moyenne des 25 meilleures années. Chaque salaire/revenu est retenu dans la limite du plafond de la sécurité sociale de l'année concernée et « porté au compte ». Ce salaire/revenu est ensuite revalorisé chaque année de l'inflation pour calculer la moyenne sur les 25 meilleures années au moment de la liquidation) ;
- **un coefficient de proratisation** qui rapporte le nombre de trimestres validés dans toute la carrière à une durée de référence définie par la législation (et pouvant varier selon l'année de naissance) correspondant au nombre de trimestres minimum requis pour ouvrir droit au taux plein. Sont comptabilisées comme trimestres validés les périodes d'activité (salariés ou non-salariés), les périodes dites assimilées (maladie, maternité, chômage principalement) et les périodes rachatées sous certaines conditions (par exemple les périodes d'études qui peuvent être validées contre le versement de cotisations). Le coefficient de proratisation ne peut dépasser 1 et le nombre de trimestres validés au cours d'une année civile est limité à quatre.
- **un taux de liquidation**, fixé à 50% pour une retraite au taux plein (par l'âge ou la durée). Ce taux peut être majoré par une surcote (1,25% de majoration de la retraite par trimestre d'activité au-delà de la durée minimale requise pour ouvrir droit au taux plein). A l'inverse, il est minoré par une décote lorsqu'un assuré liquide sa pension avant l'âge du taux plein sans avoir validé la durée d'assurance requise pour ouvrir droit au taux plein (1,25% de minoration de la retraite par trimestre manquant, dans la limite de 25%).

La LURA harmonise les règles de liquidation des pensions pour les assurés

La liquidation unique assure l'identité de traitement des assurés poly et mono-pensionnés des régimes alignés.

Avant l'application de la LURA, pour une même carrière (en termes de durée et de rémunération), le montant de la pension pouvait être différent selon que l'assuré relevait d'un seul ou de plusieurs régimes. En effet, malgré des règles identiques, une pension calculée sur l'ensemble de la carrière d'un assuré mono-pensionné n'était pas toujours équivalente à la somme des pensions calculées par chaque régime sur différentes périodes de la carrière d'un assuré poly-pensionné, ces différences pouvant être favorables ou défavorables aux assurés selon les caractéristiques de leur carrière.

La LURA corrige ces différences de traitement au travers de la mise en commun des salaires et des durées d'assurance portés au compte dans les trois régimes.

Les 25 meilleures années sont désormais calculées sur l'ensemble de la carrière des poly-pensionnés

La mise en commun des revenus portés au compte dans chacun des trois régimes a globalement un effet positif sur le calcul du revenu d'activité de référence (salaire annuel moyen pour les salariés et revenu annuel moyen pour les travailleurs indépendants) qui sert de base au calcul de la pension.

Les modalités de calcul du revenu de référence des poly-pensionnés qui prévalaient avant la LURA étaient en effet désavantageuses, les 25 meilleures années retenues pour chaque pension étant calculées sur chacune des parties de la carrière et non sur sa totalité¹. Il en résultait des revenus de référence retenus pour le calcul de chaque pension globalement inférieurs au montant qui aurait résulté d'un calcul portant sur la totalité de la carrière. Désormais, les pensions des poly-pensionnés sont calculées, comme celles des mono-pensionnés, sur un unique revenu de référence basé sur les 25 meilleures années de l'ensemble de la carrière dans ces trois régimes.

A titre d'illustration, un assuré de la génération 1955 qui liquide sa retraite à 62 ans après avoir cotisé pendant 20 ans au RG sur la base d'une rémunération équivalente à 1,5 SMIC, puis cotisé au RSI pendant 21 ans et 1 mois avec des revenus équivalents à 2 SMIC perçoit désormais une pension de base de 1 301 €, contre 1 165 € avant l'application de la LURA (cf. cas 1 de l'encadré). A l'inverse, la mise en commun des durées d'assurance a un impact négatif sur le montant des retraites de certains poly-pensionnés qui étaient auparavant avantagés par rapport aux mono-pensionnés. Pour certains poly-affiliés, la somme des durées validées dans chacun des régimes comptant pour le coefficient de proratisation était plus

importante que la durée d'assurance validée dans le cadre de leur pension LURA (1) soit car la durée totale de leur carrière, exercée dans plusieurs régimes, dépassait la durée d'assurance requise pour le taux plein, retenue pour le calcul du coefficient de proratisation, (2) soit car ils étaient poly-cotisants et validaient au titre d'une ou de plusieurs années civiles des trimestres simultanément dans plusieurs régimes, ce qui pouvait les conduire à valider au total plus de 4 trimestres dans les différents régimes pour une seule année (cf. encadré 1 pour une présentation des principales règles de calcul d'une pension).

Depuis la LURA, le coefficient de proratisation est calculé sur une durée d'assurance tous régimes, bornée à l'unité (cf. cas 2 de l'encadré 2). De plus, le nombre de trimestres pris en compte pour le calcul du coefficient de proratisation est désormais automatiquement écrêté à quatre par année civile.

L'impact de la LURA sur les masses globales de prestations sera limité, mais entraînera des transferts de charges entre régimes

Le passage à la liquidation unique n'a pas d'effet financier majeur en 2018 pour les régimes alignés pris dans leur ensemble. Le surcoût résultant de la mise en commun du revenu de référence est en effet globalement contrebalancé par les moindres dépenses liées à l'écrêtement de la durée et au fait de borner à l'unité le coefficient de proratisation. Selon les évaluations de la CNAV, la LURA devrait ainsi entraîner une baisse des masses de prestations de l'ordre de 60 M€ en 2018 (cf. tableau 1).

Tableau 1 • Ecart des masses de pensions liés à la LURA (en M€ 2018)

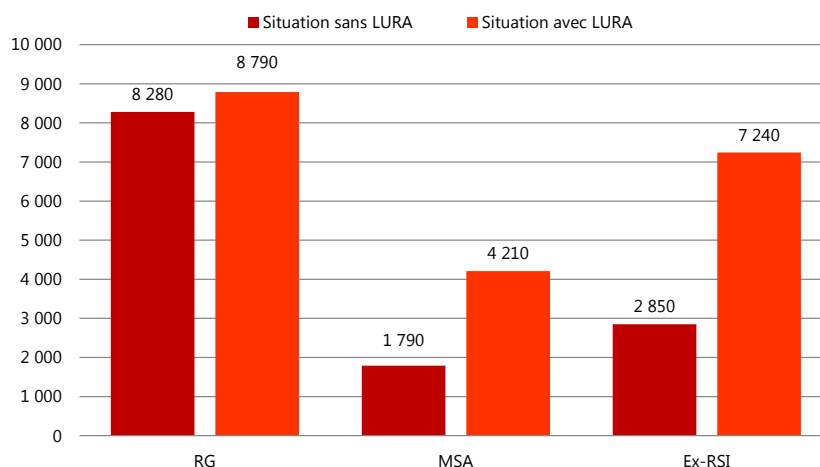
En € 2018	2017	2018
RG	-20	-146
MSA	4	28
ex-RSI	8	59
Effet LURA total	-8	-59

Source : CNAV, Prisme

Le faible impact global du passage à la LURA s'accompagne toutefois de transferts de masses de prestations plus élevés entre les trois régimes alignés sans impact toutefois sur leurs soldes (cela se traduira par un ajustement du transfert d'équilibre entre le régime général et la MSA ; concernant les retraites des artisans et commerçants, elles sont désormais consolidées directement dans les comptes de la CNAV). Selon les estimations de la CNAV, suite à la LURA, les prestations versées par la MSA et le RSI devraient respectivement augmenter de l'ordre de 30 M€ et de 60 M€ tandis que celles de la CNAV devraient diminuer d'environ 145 M€ en 2018.

¹ Toutefois, dans certains cas où l'assuré a connu de longues périodes validant uniquement des trimestres assimilés, le calcul du revenu annuel moyen au sein de chaque caisse pouvait conduire à exclure des périodes de salaire de début de carrières plus faibles et donc à une pension plus élevée.

Graphique 3 • Montant annuel moyen des pensions liquidées en 2018 par les régimes alignés (€ 2018)



Source : CNAV, Prisme

Note de lecture : Suite au passage à la LURA, la pension moyenne des assurés qui liquident au régime général devrait augmenter en 2018, de 510 €, passant de 8 280 € à 8 790€.

Encadré 2 • Illustration par cas-types

Cas 1 : un assuré de la génération 1955 qui débute sa carrière à 21 ans et prend sa retraite à 62 ans et 1 mois en 2017. Il perçoit un revenu équivalent à 1,5 Smic pendant les 20 premières années, puis équivalent à 2 Smic jusqu'à la liquidation. Le poly-pensionné change de régime au bout de 20 ans.

Avant la LURA, le salaire ou revenu annuel moyen (SAM/RAM) de l'assuré poly-pensionné était valorisé à 20 757 € dans le premier régime et 34 002 € dans le second (soit 27 956 € en moyenne), contre 31 224 € pour un mono-pensionné. Avec la LURA, les assurés poly-pensionnés ont le même niveau de SAM/RAM et par conséquent le même montant de pension qu'un mono-pensionné.

	Monopensionné	Polypensionné			
		Régime 1	Régime 2	Avant LURA	Après LURA
Taux de liquidation	50%	50%	50%	50%	50%
Coefficient de proratisation	1	0,48	0,52	1	1
SAM/RAM annuel	31 224	20 757	34 002	27 956	31 224
Nombre d'années retenue pour SAM/RAM	25	12	13	25	25
Durée assurance	166	80	86	166	166
Durée requise	166	166	166	166	166
Pension mensuelle	1 301	417	734	1 165	1 301

Source : DSS, Osiris

Cas 2 : un assuré de la génération 1955 qui valide 168 trimestres sur l'ensemble de sa carrière et prend sa retraite à 62 ans en 2017 avec un SAM/RAM de 30 000 €. Le poly-pensionné change de régime 5 ans avant de prendre sa retraite. Il valide ainsi 148 trimestres dans le premier régime et 20 trimestres dans le second.

Avant la LURA, l'assuré poly-pensionné bénéficiait implicitement d'un coefficient de proratisation (168/166) supérieur à celui d'un mono-pensionné (166/166). Avec la LURA, le coefficient de proratisation est écrêté à 1 aussi bien pour les mono-pensionnés que pour les poly-pensionnés des régimes alignés.

	Monopensionné	Polypensionné			
		Régime 1	Régime 2	Avant LURA	Après LURA
Taux de liquidation	50%	50%	50%	50%	50%
Coefficient de proratisation	166/166	148/166	20/166	168/166	166/166
SAM/RAM annuel	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Durée assurance	168	148	20	168	168
Durée requise	166	166	166	166	166
Pension mensuelle	1 250	1 114	151	1 265	1 250

Source : DSS, Osiris

3.3 Evolution récente des taux de prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des artisans et commerçants

Fin 2016, les artisans et les commerçants formaient une population d'assurés sociaux de 2 millions de cotisants, soit 60% du nombre total de travailleurs indépendants (cf. graphique 1). Près de 13,8 Md€ de cotisations et contributions ont été encaissés au cours de l'année 2016 pour financer leur régime de protection sociale (assurance vieillesse de base et complémentaire, assurance maladie, invalidité et décès, cotisations d'allocations familiales et CSG et CRDS). Cette fiche présente l'évolution récente des taux de cotisations prélevés sur les revenus d'activité des artisans et des commerçants ainsi que les spécificités de ces prélèvements par rapport à ceux applicables aux salariés du secteur privé. Les taux de cotisations indiqués sont ceux applicables en métropole, un barème et des dispositifs d'exonérations spécifiques¹ s'appliquant aux travailleurs indépendants exerçant dans les DOM.

Les assiettes des prélèvements sociaux varient selon le statut, la date de l'activité et le revenu

A l'inverse des salariés, pour lesquels les cotisations sont calculées sur une rémunération brute, les cotisations sociales des artisans et des commerçants sont calculées sur leur revenu net, c'est-à-dire sur leur chiffre d'affaires diminué des cotisations sociales et de toutes les charges liées à leur activité. Pour le calcul du montant dû au titre de la CSG et de la CRDS, les cotisations sociales obligatoires sont réintégrées à l'assiette (cf. encadré 2).

Une autre différence majeure avec les salariés est le décalage temporel entre les revenus dégagés par l'activité et les cotisations appelées. Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu N-2 pour les premières échéances de l'année en cours et sur le revenu de l'année N-1 dès que celui-ci est connu. Une fois les revenus définitifs connus, les cotisations sont régularisées pour corriger, à la hausse ou à la baisse, les cotisations provisionnelles antérieurement payées. Pour les deux premières années d'activité, les revenus professionnels n'étant pas connus, les cotisations des travailleurs indépendants sont calculées provisoirement sur des bases forfaitaires (cf. encadré 1).

Enfin, si les salariés bénéficient d'un niveau de salaire (donc de cotisations) minimum, les travailleurs indépendants sont redevables de cotisations forfaitaires minimales en cas de revenus nuls ou faibles. En raison du lien direct entre certaines cotisations versées et les prestations reçues en contrepartie (comme l'assurance vieillesse ou les indemnités journalières), l'existence de cotisations minimales permet ainsi de garantir aux travailleurs indépendants un minimum de couverture. Sous certaines conditions, le travailleur indépendant peut cependant opter pour le régime du micro-entrepreneur au sein duquel l'ensemble de ses cotisations sociales correspond à une proportion (un taux global couvrant l'ensemble des prélèvements) du chiffre d'affaires réalisé : s'il est nul, aucune cotisation n'est due (cf. encadré 4).

Les mesures récentes ont atténué la dégressivité des prélèvements sociaux...

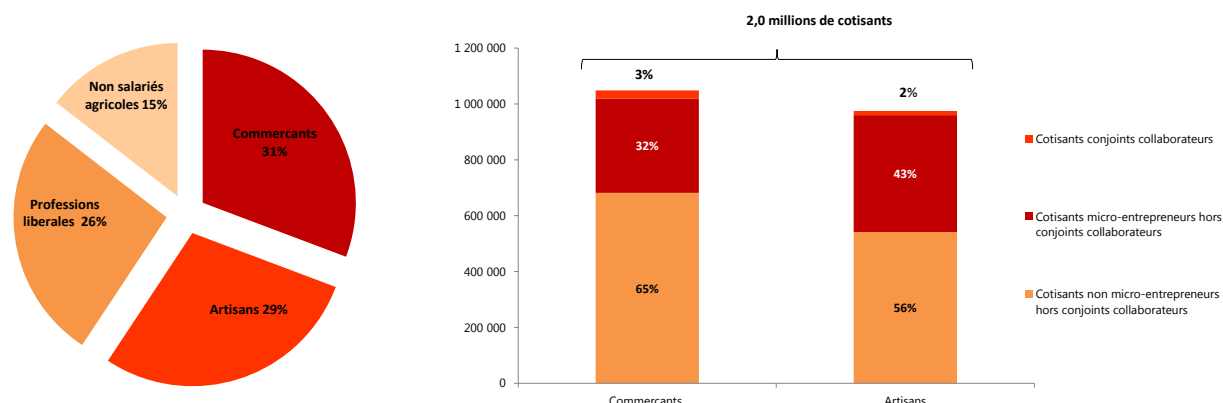
En 2015, selon le RSI et sur des données ACOSS, le revenu annuel net moyen des artisans et commerçants hors micro-entrepreneurs était d'environ 24 000 € pour les artisans et les commerçants mais avec des écarts de revenus importants : 10% des artisans et 20% des commerçants ont déclaré un revenu nul ou déficitaire en 2015 et moins de 10% d'entre eux ont eu un revenu supérieur à 70 000 €. Les prélèvements des artisans et des commerçants non micro-entrepreneurs sont globalement dégressifs en raison de l'existence de cotisations minimales et du plafonnement de certaines cotisations. Néanmoins, dans le cadre de l'universalisation progressive de certaines prestations, avec en particulier la mise en place de la protection universelle maladie en 2016, et dans un contexte où les revenus des artisans et des commerçants se caractérisent par de fortes disparités, les mesures mises en place ces dernières années ont visé à lisser les efforts contributifs.

Ainsi en 2013, la cotisation maladie, portant alors pour une partie jusqu'au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et pour l'autre jusqu'à 5 fois le PASS, a été entièrement déplafonnée, et une cotisation vieillesse déplafonnée (0,2%) est venue s'ajouter à la cotisation vieillesse plafonnée (16,95%) en 2014.

La réforme des cotisations minimales a également permis de limiter le poids des prélèvements sur les bas revenus et de les recentrer sur le financement des indemnités journalières et de la retraite de base (cf. graphique 2). Tout d'abord, en 2013, pour les travailleurs indépendants ayant un revenu inférieur au revenu plancher de la cotisation minimale maladie, une réduction linéaire dégressive dans la limite d'un tiers environ du montant de la cotisation minimale a été instaurée. En 2015, cette réduction a été supprimée au bénéfice de l'abaissement de l'assiette minimale de la cotisation maladie de 40% à 10% du PASS. En 2016, dans le cadre de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA), la cotisation minimale maladie a finalement été supprimée et les travailleurs indépendants

¹ Un artisan ou un commerçant exerçant son activité dans les DOM bénéficie, sous condition de revenu, d'une exonération de ses cotisations de sécurité sociale pendant les 24 premiers mois de son activité. La 3^{ème} année d'activité, il bénéficie d'un abattement d'assiette de 75 % pour des revenus inférieurs à 150 % du PASS, qui devient dégressif pour les revenus entre 150 % et 250 % du PASS. Ensuite, et ce de manière pérenne, l'abattement est de 50% et varie en fonction du revenu dans les mêmes conditions que pour la 3^{ème} année.

Graphique 1 • Répartition du nombre de travailleurs indépendants cotisant au régime de protection sociale des indépendants ou à la mutualité sociale agricole en 2016



Source : RSI (effectifs à fin décembre 2016), MSA (effectifs au 1^{er} janvier 2016) et CNAVPL (effectifs au 30 juin 2016)

Champ : France entière

Encadré 1 • Barème 2018 des cotisations sociales des travailleurs indépendants en métropole

Taux de cotisations et de prélèvements applicables au 1^{er} janvier 2018 aux artisans/commerçants (hors créateurs 1^{ère} et 2^{ème} année)

	Assiette	Assiette minimale	Taux des cotisations
Cotisations et contributions de sécurité sociale			
Assurance maladie 1	Revenu < à 40% du PASS	-	0% à 3,16%
	Revenu compris entre 40% et 110% du PASS	-	3,16% à 6,35%
	Revenu compris entre 110% et 5 PASS	-	6,35%
	Part des revenus supérieurs à 5 PASS	-	6,50%*
Assurance maladie 2 (ex indemnités journalières)	Revenu dans la limite de 5 PASS	40% du PASS	0,85%
Retraite de base	Revenu dans la limite de 1 PASS	11,5% du PASS	17,75%
	Revenu au-delà de 1 PASS	-	0,60%
Invalidité - Décès	Revenu dans la limite de 1 PASS	11,5% du PASS	1,30%
Allocations familiales	Revenu < à 110% du PASS	-	0,00%
	Revenu compris entre 110% du PASS et 140% du PASS	-	0% à 3,10%
	Revenu > à 140% du PASS	-	3,10%
CSG/ CRDS	Revenu + cotisations sociales obligatoires (CSG-CRDS et contribution à la formation professionnelle exclues)	-	9,70%
Cotisations et autres prélèvements hors sécurité sociale			
Retraite complémentaire	Revenu dans la limite de 1 PRCI*	-	7,00%
	Revenu compris entre 1 PRCI et 4 PASS	-	8,00%
Formation professionnelle	1 PASS	1 PASS	variable selon le statut**

PASS : plafond annuel de la sécurité sociale (égal à 39 732 € en 2018)

* Pas de cotisation maladie 2 (0,85 %) à payer.

** Plafond spécifique du régime complémentaire des indépendants (égal à 37 546 € en 2018)

*** Cotisation (CFP) 2018 à payer en 2019 : 0,25% pour les commerçants et artisans non-inscrits au répertoire des métiers, 0,34% pour un commerçant + un conjoint collaborateur et 0,29 % pour les artisans. Avant 2018, la contribution des artisans à la formation professionnelle était recouvrée par le centre des impôts et reversée à Chambre des métiers et de l'artisanat (CMA). A partir de 2018, comme c'était déjà le cas pour un commerçant, cette contribution est recouvrée par l'Urssaf.

Bases forfaitaires pour le calcul des cotisations et prélèvements applicables aux artisans/commerçants en 1^{ère} et 2^{ème} année

	Assiette 1 ^{ère} année en 2018	Assiette 2 ^{ème} année en 2018
Allocations familiales, CSG-CRDS, invalidité-décès, retraite de base et complémentaire	19% du PASS 2018	19% du PASS 2017
Assurance maladie 1	40% du PASS 2018	19% du PASS 2017
Assurance maladie 1 (indemnités journalières)	40% du PASS 2018	40% du PASS 2018

Taux de cotisations applicables aux micros entrepreneurs selon le type d'activités au 1^{er} janvier 2018 (hors cotisation à la formation professionnelle*)

	Assiette	Taux des cotisations
Activité d'achat/revente, de vente de denrées à consommer sur place et de prestations d'hébergement (BIC)**	Chiffre d'affaires brut	12,80%
Prestations de services commerciales ou artisanales (BIC et BNC)	Chiffre d'affaires brut	22,00%
Activités libérales relevant de la Cipav (BNC)	Chiffre d'affaires brut	22,00%

*Les micro-entrepreneurs sont redevables de la contribution à la formation professionnelle depuis 2011. Elle est calculée en pourcentage du chiffre d'affaires avec les taux suivants : 0,10 % pour les commerçants ; 0,30 % pour les artisans ; 0,20 % pour les professionnels libéraux.

**A l'exception de la location de locaux d'habitation.

cotisent de manière proportionnelle à leurs revenus professionnels. L'assiette minimale de la cotisation de retraite complémentaire obligatoire (fixée à 5,25% du PASS) a également été supprimée en 2016.

Ces suppressions se sont néanmoins accompagnées d'une hausse progressive de l'assiette minimale de la cotisation de vieillesse de base. Celle-ci est passée de 5,25% du PASS en 2014 à 7,70% du PASS en 2015, puis a été portée à 11,5% du PASS en 2016 garantissant ainsi la validation de 3 trimestres de retraite par an, contre 2 trimestres en 2015 et un seul trimestre pour les années antérieures. Parallèlement, dans un souci de simplification, l'assiette de la cotisation minimale invalidité-décès a été alignée sur celle de la retraite de base (soit 11,5% du PASS au lieu de 20% auparavant). L'ensemble de ces opérations s'est traduit par une baisse d'un tiers environ des cotisations minimales : leur montant annuel pour un commerçant est passé de 1 625 € en 2012 à 1 105 € en 2018.

Enfin, la dispense de versement de la cotisation d'allocations familiales, de la CSG et la CRDS, qui bénéficiait aux travailleurs indépendants justifiant d'un revenu d'activité inférieur à 13% PASS et à ceux âgés d'au moins 65 ans et ayant assumé la charge d'au moins 4 enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, et qui créait de forts effets de seuils, a été supprimée en 2015 au bénéfice d'une modulation du taux de cotisation famille (cf. infra).

...et introduit de la progressivité par la modulation des taux de cotisation

Dans le cadre du pacte de responsabilité, une baisse du taux de cotisations famille de 3,1 points est intervenue au 1^{er} janvier 2015 pour les revenus inférieurs ou égaux à 110% du PASS, ce taux augmentant ensuite linéairement jusqu'à 5,25% (soit le taux déjà en vigueur en 2014) pour les revenus compris entre 110% et 140% du PASS. De plus, la LFSS pour 2017 a instauré une modulation du taux maladie (de 3% à 6,5%) pour les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs à 70% du PASS. La LFSS pour 2018 a renforcé la progressivité de la cotisation : le taux minimal est désormais fixé à 0% (soit 0,85% en ajoutant le taux au titre des indemnités journalières) et augmente ensuite progressivement pour atteindre 6,35% (7,20% avec les indemnités journalières) à 110% du PASS. Par ailleurs, pour compenser la hausse de 1,7 point du taux de la CSG, la LFSS 2018 a abaissé de 2,15 points le taux de cotisations d'allocations familiales (AF) pour tous les travailleurs indépendants, conduisant à un taux de cotisations AF nul pour les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs à 110% du PASS.

Entre 2014 et 2017, les effets de ces baisses de taux ont toutefois été atténués par les augmentations des taux de cotisations de vieillesse de base mis en place par les récentes réformes des retraites.

Ainsi, le taux plafonné a été progressivement augmenté de 0,5 point entre 2012 et 2017, tandis que le taux déplafonné est passé de 0,20% en 2014 (date de sa création) à 0,60% en 2017 dans le cadre de la réforme des retraites de 2014. Les hausses des taux vieillesse intervenues au 1^{er} janvier 2014 ont néanmoins été partiellement compensées par une baisse du taux de cotisations famille de 0,15 point (5,25% en 2014 au lieu de 5,40% auparavant).

Par ailleurs, les dispositifs d'exonération sur les revenus faibles et moyens ont été resserrés avec notamment des modifications en 2017 puis en 2018 du dispositif d'aide au chômeur créateur ou repreneur d'une entreprise (Accre). Si avant 2017, l'Accre, qui consiste en une exonération partielle ou totale de cotisations sociales (hors retraite complémentaire et CSG-CRDS) pendant un an, était plafonnée au niveau de l'exonération applicable pour des revenus de 1,2 SMIC, elle était accordée sans aucune limite de revenu. La LFSS pour 2017 a limité son bénéfice aux revenus inférieurs à 1 PASS et introduit une dégressivité entre 75% et 100% du PASS¹. La LFSS pour 2018 étend en revanche à partir du 1^{er} janvier 2019 à tous les créateurs et repreneurs d'entreprises le bénéfice de l'Accre, initialement réservé aux chômeurs.

L'ensemble de ces mesures a permis de réduire sensiblement l'écart de taux de prélèvements entre les plus bas et les plus hauts revenus. Le taux correspondant à l'ensemble des cotisations et contributions d'un commerçant en régime de croisière dont le revenu annuel net était égal à 10 000 € (soit environ 25% du PASS en 2018) est passé de 52% du revenu net en 2012 à environ 43% en 2018. A contrario, pour un revenu net annuel de 70 000€ (environ 180% du PASS), ce taux était de 38% du revenu net en 2012 contre 41% en 2018.

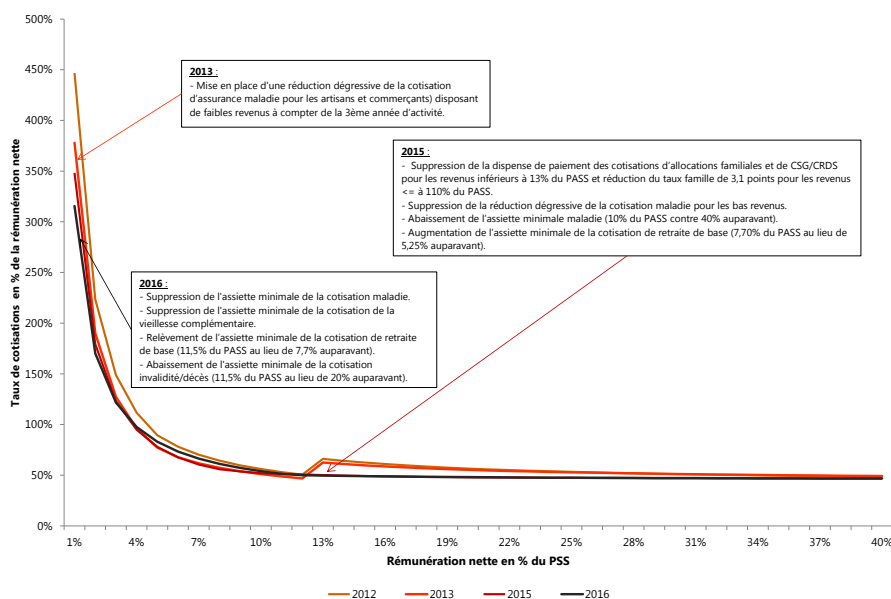
Une harmonisation progressive des prélèvements entre les différentes formes d'activités

Les mesures récentes ont aussi cherché à simplifier et à harmoniser les niveaux des prélèvements entre les différentes formes d'activités avec notamment :

- la création du régime complémentaire des indépendants (RCI) en 2013, créé par la fusion des régimes complémentaires vieillesse des artisans et des commerçants puis l'harmonisation en 2015 des dispositifs d'invalidité-décès des artisans et des commerçants qui ont désormais des taux de cotisations de retraite complémentaire et d'invalidité-décès identiques ;
- l'introduction par la LFSS 2013 d'une règle d'équivalence entre les taux de cotisations de droit commun et ceux applicables aux micro-entrepreneurs (cf. encadré 4). Cette mesure, qui visait à rétablir l'équité contributive entre les deux statuts, s'est traduite par une augmentation des taux de cotisations et contributions sociales dont sont

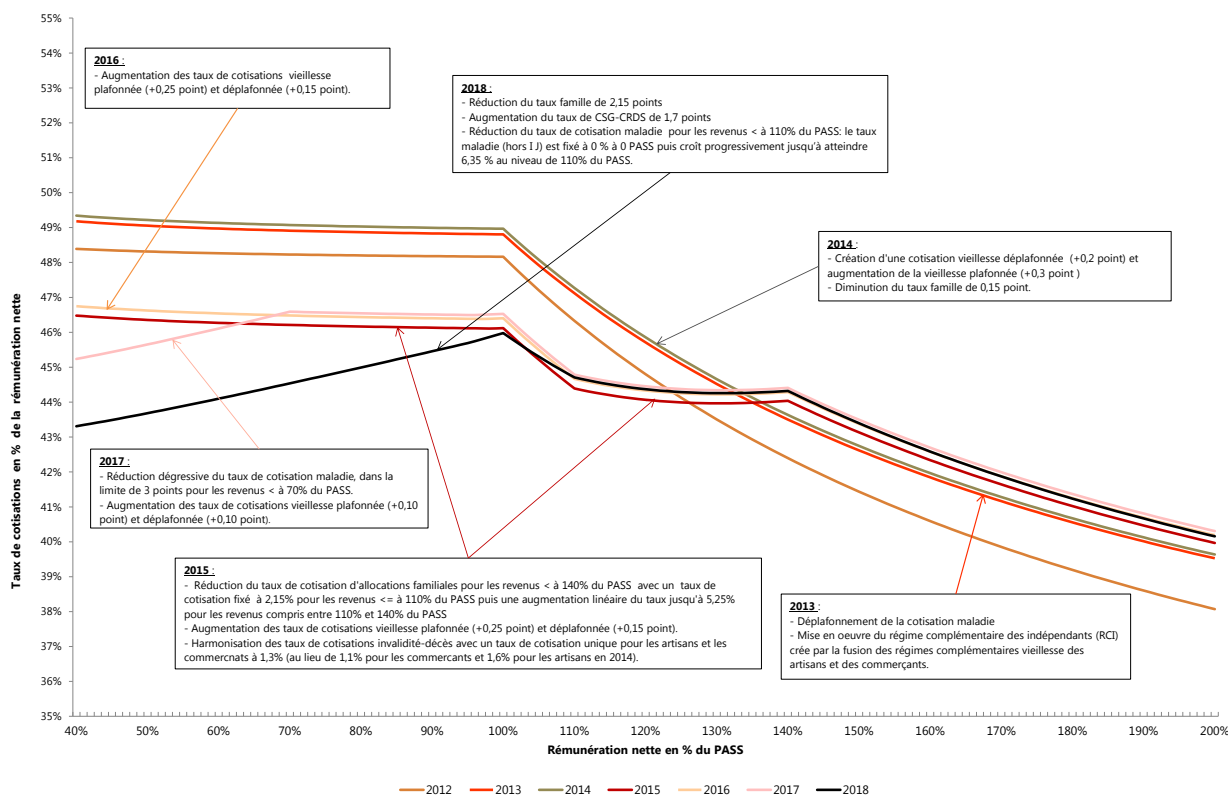
¹ L'exonération est totale pour les revenus inférieurs à 75% du PASS, puis elle devient dégressive à partir de 75% du PASS pour s'annuler à 100% du PASS.

Graphique 2 • Evolution des taux de cotisations et de prélèvements totaux en fonction de la rémunération (pour un revenu net inférieur à 40% du PASS) à différentes dates pour un commerçant en régime de croisière*



Source : DSS/SDEPF/6C

Graphique 3 • Evolution du montant annuel de cotisations et de prélèvements totaux en fonction de la rémunération (pour un revenu net supérieur à 40% du PASS) à différentes dates pour un commerçant en régime de croisière*



Source : DSS/SDEPF/6C

Note : Les années 2014, 2017, et 2018 ne sont pas représentées sur le graphique 2 en raison de l'absence de modifications relatives aux assiettes minimales par rapport à l'année précédente.

* Le périmètre retenu comprend les cotisations au titre des risques maladie, indemnités journalières, invalidité-décès, famille, retraite de base et complémentaire, ainsi que les contributions à la formation professionnelle (au taux de 0,25% en 2018) et à la CSG-CRDS.

redevables les micro-entrepreneurs de l'ordre de 15 %. Cette hausse combinée à la diminution des cotisations minimales a permis de rapprocher sensiblement le niveau de prélèvement des micro-entrepreneurs de celui des autres non-salariés.

Des mesures visant à accroître la lisibilité des prélèvements sociaux ont également été mises en place telles que la modification du calendrier d'appel des cotisations afin de rapprocher le montant des cotisations provisionnelles du montant des cotisations définitives. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le calcul des cotisations provisionnelles payées en année N est désormais réalisé sur la base du revenu de l'année N-1 dès que celui-ci est connu, au lieu de l'année N-2. Par ailleurs, la LFSS pour 2018 a supprimé le RSI à partir du 1^{er} janvier 2018. Une phase transitoire de deux ans est prévue pendant laquelle une grande partie des missions du RSI (liquidation des retraites, assurance maladie, recouvrement des cotisations...) sera progressivement transférée au régime général. Certaines missions spécifiques, notamment celles propres au régime complémentaire d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès et celles relatives à l'accompagnement des travailleurs indépendants au travers de l'action sociale, seront confiées au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Comparaison du niveau de prélèvements entre les salariés du secteur privé et les artisans commerçants

Les comparaisons entre les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants et ceux des salariés est complexe du fait des différences relatives à l'assiette servant au calcul des cotisations mais aussi au champ des prélèvements obligatoires (les indépendants ne s'acquittant pas de cotisations patronales d'assurance chômage ni d'AT-MP par exemple). Même au sein des risques pour lesquels la couverture est obligatoire, les règles et le niveau de prestations peuvent différer : bien que les régimes de retraite de base soient désormais alignés, les écarts d'assiette engendrent des écarts sur le niveau des prestations. De même, les règles d'attribution

et de calcul des indemnités journalières maladie ou maternité-paternité des travailleurs indépendants sont différentes de celles des salariés. Si cette comparaison ne peut donc s'effectuer sans précautions, et doit être mise au regard des niveaux de couverture, elle permet néanmoins d'évaluer la part des prélèvements sociaux sur le coût du travail entre salarié et non-salariés. Des travaux ont été réalisés sur ce thème par le HCFIPS en 2016¹ qui comparaient les niveaux de prélèvements sur les revenus d'activité selon les risques pour différents niveaux de revenus et statuts de salariés et de non-salariés. Concernant la comparaison avec les salariés du secteur privé, le rapport souligne que l'absence d'allègements de cotisations de sécurité sociale sur les faibles revenus d'activité pour les travailleurs indépendants, comparables à ceux dont bénéficient les salariés pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC, contribue à des situations contrastées entre non-salariés et salariés à bas revenus. L'existence de cotisations minimales renforce davantage cet écart pour les très faibles revenus. Dans le prolongement de ces travaux, le graphique 4 compare l'ensemble des prélèvements applicables en 2018 aux travailleurs indépendants non agricoles et aux salariés du secteur privé en fonction d'une assiette « super brute » de référence (cf. encadré 3). Pour les bas salaires/revenus, les taux de prélèvements sont effectivement proches entre les non-salariés et les salariés alors même que le périmètre de couverture est plus large pour ces derniers (couvertures chômage et AT-MP entre autres). Une fois les bénéfices des allègements estompés, ces taux deviennent toutefois nettement plus élevés que ceux des travailleurs indépendants : relativement aux artisans-commerçants, l'écart est de 12 points à 1,6 SMIC. Du fait d'une plus forte dégressivité des prélèvements applicables aux travailleurs indépendants par rapport aux salariés, cet écart s'accroît globalement au fur et à mesure que le coût du travail progresse : à 3,5 SMIC, l'écart est d'environ 15 points, mais seulement de 3,2 points sur le champ des risques de sécurité sociale.

Encadré 2 • Les assiettes des cotisations sociales des artisans et des commerçants

Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants (à l'exception des bénéficiaires du régime micro-entrepreneur) sont assises sur leur revenu d'activité non salarié. Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soit les bénéfices nets de l'entreprise si celle-ci est soumise à l'impôt sur le revenu ou à la rémunération du dirigeant si l'entreprise est soumise à l'impôt sur les sociétés) après réintégration de plusieurs éléments déductibles de l'impôt sur le revenu mais compris dans l'assiette sociale des cotisations. Il s'agit notamment des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, de la déduction des cotisations versées aux régimes facultatifs « loi Madelin » par les assurés y ayant adhéré après le 13 février 1994, des exonérations relatives à certaines zones (ZRR, ZFU...) ou encore de l'abattement fiscal forfaitaire de 10 % pour frais professionnels. Pour les dirigeants de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, la base de calcul inclut également depuis 2013 les dividendes perçus dépassant 10 % du capital social détenu. Par ailleurs, pour le calcul du montant dû au titre de la CSG et de la CRDS, les cotisations sociales obligatoires sont réintégrées à l'assiette.

L'assiette de prélèvement peut être, dans certains cas, temporairement différente de celle retenue pour le calcul de l'impôt sur le revenu. En effet, pour les deux premières années d'activité, les cotisations des travailleurs indépendants sont calculées provisoirement sur des bases forfaitaires (cf. encadré 2). Une fois les revenus connus, les cotisations sont régularisées sur la base du revenu réel. Par ailleurs, en raison de l'existence de cotisations minimales, le montant des cotisations est indépendant du revenu déclaré pour les premières tranches de revenus. Enfin, si le travailleur indépendant bénéficie du dispositif du micro-entrepreneur, ce dernier cotise sur la base de son chiffre d'affaires (cf. encadré 4).

¹ «La protection sociale des non-salariés et son financement », Haut conseil du financement de la protection sociale », octobre 2016.

Encadré 3 • Précisions méthodologiques sur la comparaison des prélèvements entre les salariés du secteur privé et les travailleurs indépendants non agricoles

Compte tenu des différences relatives à l'assiette servant au calcul des cotisations (d'un côté des rémunérations brutes pour les salariés et de l'autre des revenus nets pour les non-salariés), une comparaison directe des taux de cotisations n'est pas pertinente. Il a donc été choisi de rapporter les taux de cotisations à des assiettes comparables, appelées assiettes « super brutes », d'un montant identique quel que soit le statut et pouvant être appréhendées comme représentatives du coût du travail.

Pour les **salariés du secteur privé**, cette assiette est égale à la somme du salaire brut, des cotisations patronales et des cotisations et contributions salariales. Le périmètre retenu comprend :

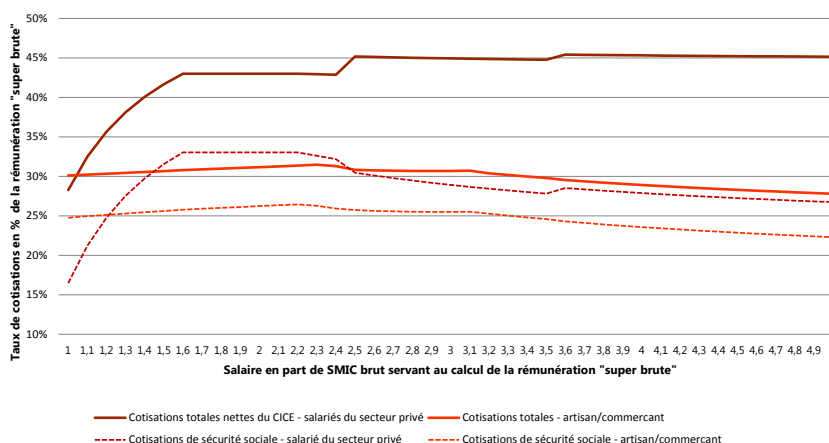
- Les cotisations de sécurité sociale : assurance vieillesse de base, assurance maladie invalidité et décès, allocations familiale, accidents du travail (au taux net moyen 2018 de 2,22%), et les contributions CSG CRDS.
- Les cotisations hors champ de sécurité sociale : les cotisations d'assurance chômage et la contribution AGS (régime de garantie des salaires), les cotisations de retraite complémentaire (ARRCO, AGFF), la contribution de solidarité pour l'autonomie et diverses autres taxes (apprentissage, formation professionnelle, construction, versement transport, versement organisations professionnelles et syndicales et fond national d'aide au logement).

Les taux retenus sont ceux applicables en 2018 pour une entreprise basée en région parisienne (avec un taux de versement transport de 2,95%) de plus de 20 salariés au statut non cadre. Ils prennent en compte les allègements généraux de cotisations patronales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC ainsi que le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) qui vient réduire en 2018 le coût du travail de 6 points pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. Le choix de prendre en compte le CICE pour les salariés du secteur privé apparaît d'autant plus pertinent que le CICE sera transformé en 2019 en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs, qui prendra la forme d'un allègement permanent de cotisations sociales de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC et d'un renforcement des allègements généraux au niveau du SMIC avec désormais l'intégration des contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire au champ des allègements généraux.

Pour les **travailleurs indépendants non agricoles**, l'assiette « super brute » équivaut aux revenus nets auxquels sont ajoutés l'ensemble des cotisations et contributions versées (cotisations et contributions de sécurité sociale, retraite complémentaire et formation professionnelle au taux de 0,25%, cf. encadré 1). Dans la mesure où les travailleurs indépendants ne bénéficient ni des allègements généraux ni du CICE lorsqu'ils n'emploient pas de salariés, ces réductions ne sont pas prises en compte dans le calcul de leur assiette « super brute ».

Le graphique 4 présente les taux de prélèvements des salariés et des non-salariés en pourcentage du revenu "super brut" de référence, calculé pour un salarié dont la rémunération brute varie de 1 SMIC à 5 SMIC.

Graphique 4 • Comparaison des niveaux des prélèvements à différents niveaux de rémunération et selon le statut salarié/non salarié non agricole en % du revenu "super brut" de référence en 2018



Source : DSS/SDEPF/6C

Encadré 4 • Le dispositif des micro-entrepreneurs

Le régime de l'auto-entrepreneur a été créé par la loi de modernisation de l'économie (article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale) et s'applique depuis le 1^{er} janvier 2009. L'objectif est de favoriser la création d'entreprise en simplifiant les démarches du futur travailleur indépendant en termes de formalités, de calcul et de règlement des cotisations et contributions sociales, de comptabilité et de fiscalité. Il permet au cotisant, dans la limite de certains seuils, de calculer forfaitairement l'ensemble de ses cotisations sociales à partir de son chiffre d'affaires réellement encaissé (pas de cotisations minimales). Suivant la nature de l'activité, un taux unique de cotisations sociales est appliqué au chiffre d'affaires (cf. encadré 1). Depuis 2013, les taux appliqués au chiffre d'affaires des auto-entrepreneurs sont égaux aux taux de droit commun mais intègrent le coefficient d'abattement forfaitaire de chiffre d'affaires de l'activité sous statut micro-fiscal (71% pour les achats/ventes ; 50% pour les autres activités industrielles et commerciales et 34% pour les activités libérales). L'auto-entrepreneur bénéficie en outre d'une exonération de la TVA et, sur option, d'un régime micro-fiscal simplifié (versement libératoire de l'impôt sur le revenu sous condition de revenu du foyer fiscal).

À partir du 1^{er} janvier 2016, le régime micro-entrepreneur remplace le régime de l'auto-entrepreneur. Les nouveaux travailleurs indépendants relevant du régime fiscal de la micro-entreprise qui débutent leur activité à compter du 1^{er} janvier 2016 sont obligatoirement des micro-entrepreneurs. En 2018, les seuils d'appartenance à ce régime ont été doublés et sont désormais de 170 000 € pour les activités de vente et de prestations d'hébergement, et de 70 000 € pour les prestations de services soumises aux régimes fiscaux des BIC et BNC.

3.4 La fiscalité des boissons alcoolisées affectée à la sécurité sociale

La fiscalité des boissons alcoolisées (hors TVA) représente un produit annuel global de l'ordre de 4,1 Md€ affecté aux organismes de sécurité sociale. Elle se compose principalement : (i) des droits d'accises, qui pèsent sur l'ensemble des alcools à des tarifs variables selon le type de boisson, et dont le rendement global s'est élevé à environ 3,3 Md€ en 2017 ; (ii) de la cotisation sur les boissons alcooliques, qui s'applique aux seules boissons dont le titrage alcoométrique est supérieur à 18 % vol. En 2017, le produit de cette cotisation s'est établi à 0,7 Md€.

La fiscalité des boissons alcoolisées se compose de taxes poursuivant des objectifs de rendement ; seule la cotisation sur les boissons alcooliques, plus récente et ciblant spécifiquement les alcools forts, répond de manière explicite à une finalité de santé publique. Pour autant, l'ensemble des taxes pesant sur les alcools influent, *via* les prix, sur les comportements de consommation. En cela, la taxation des alcools revêt un caractère comportemental et peut constituer un outil de lutte contre la consommation excessive d'alcool, en cohérence avec les politiques de santé publique. Par ailleurs, l'affectation de ces taxes aux organismes de sécurité sociale permet de compenser une partie des coûts sanitaires et sociaux induits par la consommation de ces boissons.

Le cadre fiscal actuel des boissons alcoolisées

Des droits d'accises pesant sur l'ensemble des alcools mais selon des modalités différenciées

Les boissons alcoolisées mises à la consommation en France (importées ou produites sur le territoire) sont soumises à des droits d'accises (appelés usuellement droits de consommation) dont le tarif diffère en fonction du type de produit (cf. tableau 1). À l'instar des accises pesant sur les produits énergétiques et à la différence des taxes indirectes *ad valorem* (comme la TVA), ces droits sont fonction des volumes mis à la consommation, et non du prix de vente des produits.

Les droits d'accises, régis par le code général des impôts et encadrés au plan européen⁴⁹, recouvrent quatorze catégories fiscales de produits qui correspondent à dix taux de taxation distincts. Schématiquement, quatre types de droits d'accises peuvent être distingués :

- le droit spécifique sur les bières⁵⁰, dont le tarif évolue en fonction du degré alcoolique ;
- les droits de circulation⁵¹ sur les vins, cidres, poirés, hydromels et les boissons fermentées autres que le vin et la bière ; les taux applicables sont ici fixés par volume de boisson ;
- le droit de consommation sur les produits intermédiaires⁵², dont les vins doux naturels et vins de liqueur AOP ;

les tarifs de ces droit sont également fonction du volume de boisson ;

- le droit de consommation sur les alcools⁵³, vise essentiellement les boissons spiritueuses à titrage alcoométrique élevé ; les taux de ce droit dépendent de la teneur en alcool des boissons considérées, comme le droit spécifique sur les bières.

Une cotisation sur les boissons alcooliques titrant à plus de 18 % vol

Outre les droits de consommation, une cotisation sur les boissons alcooliques, prévue par le code de la sécurité sociale⁵⁴, s'applique aux boissons dont le titre alcoométrique excède le seuil de 18 % vol⁵⁵. La cotisation, affectée au financement de l'assurance maladie, a été instaurée en 1983 « en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé ». De la même manière que les droits d'accises, les tarifs de la cotisation varient en fonction de la catégorie fiscale des produits (cf. tableau 1)⁵⁶. Ainsi, depuis 2012, le tarif de la cotisation est exprimé en volume de boisson mise à consommation pour les produits intermédiaires (tarif par hectolitre) ou en volume d'alcool pur pour les spiritueux (tarif par hectolitre d'alcool pur).

⁴⁹ Cf. les directives dites « structures » (directives du 19 octobre 1983, n° 92/83/CEE, structures harmonisées des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques et n° 92/84/CEE, quant au rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées).

⁵⁰ Applicables aux boissons dont le titre alcoométrique n'excède pas 15° ; article 520 A du code général des impôts.

⁵¹ Article 438 du code général des impôts.

⁵² Applicables aux boissons dont le titrage est compris entre 1,2° et 22° et qui ne sont pas des bières, des vins ou des autres produits résultant entièrement d'une fermentation ; article 402 bis du code général des impôts.

⁵³ Article 403 du code général des impôts.

⁵⁴ Articles L. 245-8, L. 245-9 et L. 758-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁵ Ce seuil, initialement de 25% vol., a été abaissé à 18% par la LFSS pour 2012, qui a également aligné les modalités de calcul de la cotisation sur celles des droits d'accises.

⁵⁶ Article 22 de la LFSS pour 2012. Auparavant, la cotisation prenait la forme d'un tarif unique exprimé en volume de boisson (0,16 € par décilitre de boisson en 2012).

Tableau 1 • Tarifs des droits d'accises et de la cotisation sur les boissons alcooliques en 2018

	Catégorie fiscale	Tarifs applicables
Droits d'accises	Vins tranquilles (hors Corse)	3,78 €/hectolitre
	Boissons fermentées autres que le vin et la bière	3,78 €/hectolitre
	Vins mousseux	9,35 €/hectolitre
	Cidres/Poirés/Hydromels	1,33 €/hectolitre
	Vins doux naturels et vins de liqueur AOP mentionnés aux articles 417 et 417 bis du CGI	47,20 €/hectolitre
	Autres produits intermédiaires	188,79 €/hectolitre
	Bières de moins de 2,8 % vol. et autres bières de petites brasseries	3,71 €/degré/hectolitre
	Bières de plus de 2,8 % vol	7,42 €/degré/hectolitre
	Petites brasseries ≤ 200 000 hl	3,71 €/degré/hectolitre
	Autres alcools – non applicable aux rhums des DOM consommés dans les DOM	1741,04 €/hectolitre d'alcool pur
	Rhums des DOM contingentés* et exportés en métropole	871,00 €/hectolitre d'alcool pur
	Autres alcools, dont rhums des DOM exportés en métropole	559,02 €/hectolitre d'alcool pur
Cotisation sur les boissons alcooliques	Rhums et alcools de cru produits et consommés dans les DOM (taux dérogatoire*)	0,04 € par décalitre
	Vins doux naturels et aux vins de liqueurs AOP de plus de 18° (taux réduit*)	18,89 €/hectolitre
	Autres produits intermédiaires de plus de 18°	47,20 €/hectolitre
	Bières de plus de 18° (taux réduit*)	2,97 €/degré/hectolitre
	Bières de plus de 18° produites par une petite brasserie (taux réduit*)	1,49 €/degré/hectolitre

* Cf. infra ; notes de bas de page 11 et 12.

Source : arrêté du 22 décembre 2017 fixant pour 2018 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques, le tarif des contributions prévues aux articles 1613 ter et 1613 quater du code général des impôts, ainsi que le tarif de la cotisation prévue à l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale.

La taxe « Premix » a permis de décourager la consommation de ces boissons

Les boissons dites « Premix », constituées d'un mélange entre des produits alcooliques et non alcooliques, sont soumises à une taxe spécifique instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

La taxe « Premix » est cumulable avec les droits d'accises et la cotisation sur les boissons alcooliques. Son taux est fixé à 11 € par décalitre (soit 11 000 € par hectolitre) d'alcool pur. Ce tarif élevé a réduit très significativement les ventes de « Premix » et donc l'assiette de la taxe, ce qui explique son faible produit (moins de 1 M€ en 2017).

Des disparités de taxation entre boissons et entre territoires

Le niveau de taxation globale des boissons varie fortement entre les différentes catégories de produits. Ainsi, de manière générale, le poids de la fiscalité croît en fonction de la teneur en alcool des boissons. Par exemple, le tarif global applicable à une unité d'alcool contenue dans une boisson spiritueuse est environ trois fois supérieur à celui d'une bière ; compte tenu du différentiel de teneur en alcool entre ces produits, le poids de la fiscalité pour un même volume de boisson consommé est près de 25 fois plus élevé pour les spiritueux. Pour autant, certains types de boissons bénéficient de régimes de taxation plus favorables, indépendamment de leur teneur en alcool ; ces régimes dérogatoires sont à l'origine de disparités territoriales de taxation ainsi que de différentiels de taux entre boissons (cf. tab 3 et graph 1).

Le vin relativement moins taxé que la bière ou les spiritueux

Certaines catégories fiscales de produits jouissent d'une tarification avantageuse au regard de la teneur moyenne en alcool. Ainsi, un litre de vin est taxé à hauteur de 4 centimes environ alors qu'une unité d'alcool contenue dans un spiritueux est taxée à un niveau près de soixante fois supérieur au seul titre des droits d'accises.

De même, les droits applicables à un litre de bière titrant à 5° s'élèvent à 0,37 €, soit dix fois plus que celui applicable au vin, en dépit d'une moindre teneur en alcool. Les vins de liqueur et vins doux naturels AOP ainsi que les bières produites par des petites brasseries bénéficient de tarifs réduits de droits d'accises et, le cas échéant, de cotisation sur les boissons alcooliques⁵⁷. Les cidres, poirés et hydromels sont également peu taxés en comparaison, notamment, des bières, dont la teneur en alcool est pourtant comparable (rapport de taxation de 1 à 22 pour un titrage de 4° vol).

Des régimes dérogatoires en Corse et dans les DOM

Par ailleurs, des régimes dérogatoires s'appliquent à certaines boissons produites et/ou consommées en Corse ou dans les territoires ultra-marins. Ainsi (i) les vins produits et consommés en Corse sont exonérés de droits d'accises et de TVA (encadré 1) ; (ii) les rhums et les alcools de cru produits et consommés dans les DOM, par ailleurs soumis au régime de l'octroi de mer, bénéficient de tarifs réduits de droits d'accises (cf. tableau 2) et de cotisation sur les boissons alcooliques⁵⁸ ; (iii) les rhums produits dans les DOM et exportés en métropole sont soumis à un taux minoré de droits d'accises⁵⁹.

⁵⁷ En vertu du 3ème alinéa de l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables aux vins, vins doux naturels et vins de liqueurs AOP ainsi qu'aux bières ne peuvent être supérieurs à 40% du tarif des droits d'accise pesant sur les mêmes produits.

⁵⁸ En application de l'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale, les rhums produits et consommés dans les DOM bénéficient d'un tarif dérogatoire de cotisation, fixé par volume de boisson (cf. tableau 1), qui n'a pas évolué depuis la création de la cotisation en 1983.

⁵⁹ Ce taux, environ deux fois moindre que le taux de droit commun, s'applique aux rhums et tafias traditionnels produits dans les DOM et exportés en métropole, dans la limite d'une quantité annuelle (le contingent d'exportation) fixée à 144 000 hectolitres à compter de 2018 (article 362 du code général des impôts).

Le produit de la fiscalité des boissons et la répartition de leur consommation

Ces disparités de taxation expliquent l'écart constaté entre la répartition par type de boissons du rendement de la fiscalité et la réalité des volumes consommés.

Une répartition du produit de la fiscalité par type de boisson ...

Spontanément, le rendement global des droits d'accises et de la cotisation sur les boissons alcooliques est relativement stable dans le temps et s'est élevé à environ 4,1 M€ de 2014 à 2017. La répartition de ces recettes est toutefois très hétérogène selon les catégories de boissons (cf. graphique 2), essentiellement en raison des différentiels de taxation entre produits.

Ainsi, les droits de consommation pesant sur les boissons spiritueuses représentent environ les deux tiers du produit total des droits d'accises. De même, la somme de ces droits et de la cotisation sur les boissons alcooliques, également applicable aux alcools forts, équivaut à 70% environ des recettes globales affectées à la sécurité sociale au titre de la fiscalité des alcools.

La catégorie des bières constitue également un poste de recettes relativement important. L'augmentation de son poids dans le total des recettes, de 10% en 2012 à environ 20% aujourd'hui, résulte de la réforme de la fiscalité des bières introduite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013⁶⁰. En revanche, le produit cumulé des droits pesant sur les vins, les cidres et les produits intermédiaires demeurent résiduels (environ 6% du total

des recettes).

... déconnectée des volumes consommés...

Cette répartition du produit de la fiscalité des alcools est peu représentative des volumes d'alcool consommés par type de boisson (cf. graphique 2).

En particulier, les vins, dont les recettes de droits d'accises s'élèvent à 3% seulement du produit global de ces droits, comptent pour près de 60% des unités d'alcool consommées en France. À l'inverse, le poids des spiritueux dans la consommation d'alcool (environ 20% du volume d'alcool consommé) est très inférieur à la part de ces boissons dans le total des recettes (cf. ci-contre).

Enfin, la consommation de bières, qui s'établit à environ 20% du volume total d'alcool consommé, génère un montant de recettes supérieur (à hauteur de 27% de l'ensemble des droits d'accises), quoique d'une ampleur comparable.

... à rebours de certains pays voisins

À titre de comparaison, la fiscalité applicable dans les pays du Nord de l'Europe s'avère davantage homogène entre les catégories de produits. Ainsi, au Royaume-Uni, le vin représente à la fois le tiers du rendement des droits d'accises ainsi que de la consommation d'alcool (cf. graphique 2). Par ailleurs, le rendement global de la taxation des boissons alcoolisées y est plus élevé : les recettes y sont plus de trois fois supérieures qu'en France, alors que la population des deux pays est équivalente.

Tableau 2 • Droits de consommation applicables aux alcools produits et consommés dans les DOM

En €/ hectolitre d'alcool pur (hlap)	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Guyane
Rhums	12,50 €/hlap	12,50 €/hlap	38,11 €/hlap	7,32 €/hlap
Autres alcools de cru	34,30 €/hlap	34,30 €/hlap	54,73 €/hlap	11,43 €/hlap

Source : décrets n° 53-614 du 11 juillet 1953 et n° 48-537 du 30 mars 1948.

Encadré 1 • La TVA applicable aux boissons alcoolisées

Outre les droits d'accises, la cotisation sur les boissons alcooliques et la taxe « Premix », les boissons alcoolisées sont également soumises à la taxe sur la valeur ajoutée. La TVA procède néanmoins d'une logique différente de celle sous-jacente à la fiscalité nutritionnelle, puisqu'elle concerne l'ensemble des produits et est déterminée en fonction du prix.

Le régime de taux de TVA applicable varie en fonction du lieu de mise à consommation des boissons. Ainsi, les taux de TVA applicable en Corse et dans les DOM sont plus faibles que les taux applicables en France continentale. Les boissons alcoolisées consommées dans les DOM sont cependant soumises au régime de l'octroi de mer.

Par dérogation à ces régimes de taux, les vins produits et consommés en Corse bénéficient d'une exonération de TVA. Par ailleurs, de manière générale, la TVA n'est pas applicable aux départements, collectivités et territoires d'outre-mer suivants : Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Mayotte et Nouvelle-Calédonie.

Tableau • Synthèse des taux de TVA applicables aux boissons alcoolisées

Type de boissons alcoolisées	Taux de TVA en France continentale	Taux de TVA en Corse	Taux de TVA en Guadeloupe, Martinique et Réunion
À consommer sur place	20%	10%	8,5%
À emporter ou à livrer	20%	20%	8,5%

⁶⁰ La hausse du tarif du droit spécifique pesant sur les bières, mise en œuvre dans un objectif de santé publique par l'article 24 de la loi n° 2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013, a engendré une augmentation des recettes annuelles de l'ordre de 500 M€ pour les organismes de sécurité sociale.

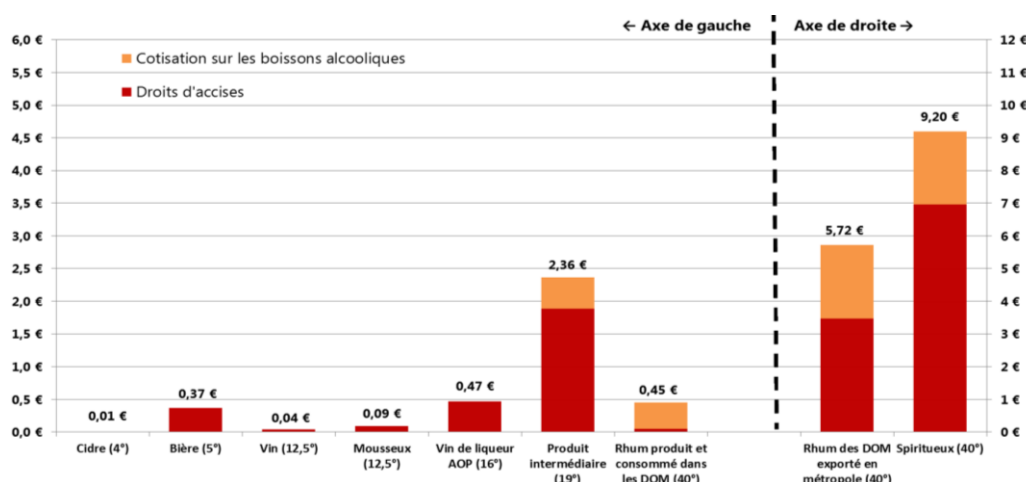
Tableau 3 • synthèse de la fiscalité applicable par type de boisson (droits d'accise et cotisation)

Type de produit	Hypothèse de titrage	Taxation par hectolitre d'alcool pur	Taxation pour un litre de boisson
Vin tranquille (droit commun, hors Corse)	12,5° vol.	30,24 €	0,04 €
Vin mousseux	12,5° vol.	74,80 €	0,09 €
Cidre	4° vol.	33,25 €	0,01 €
Bière (droit commun, hors petites brasseries)	5° vol.	742 €	0,37 €
Vin de liqueur AOP (titrage modéré)	15° vol.	314,67 €	0,47 €
Vin de liqueur AOP (titrage supérieur)	22° vol.	300,41 €	0,66 €
Autre produit intermédiaire (titrage modéré)	15° vol.	1258,60 €	1,89 €
Autre produit intermédiaire (titrage supérieur)	22° vol.	1072,68 €	2,36 €
Spiritueux (droit commun, hors DOM)	40° vol.	2 300,06 €	9,20 €
Rhum produit et consommé dans les DOM*	40° vol.	De 107,32 € à 154,73 €*	De 0,43 € à 0,62 €*
Rhum des DOM exporté en métropole	40° vol.	1 430,02 €	5,72 €

* Selon le DOM et le type de boisson concernés (cf. tableau 2).

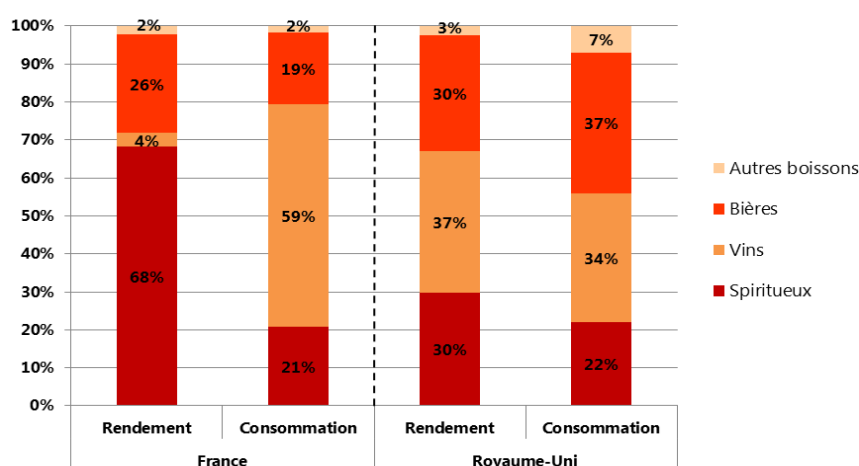
Source : DSS.

Graphique 1 • Comparaison des niveaux de taxation par type de produit, pour un litre de boisson



Source : DSS.

Graphique 2 • Répartition du produit des droits d'accises et de la consommation d'alcool pur par type de boisson en France et au Royaume-Uni



Source : données de recettes – Commission européenne, Excise duty tables (2017) ; données de consommation – Observatoire français des drogues et toxicomanies (2016) et Organisation mondiale de la Santé, Global status report on alcohol and health (2014).

Nb. : Les données de recettes font l'objet d'une convention de répartition par type de boisson ; les éventuels différentiels de périmètres pris en compte ne sont toutefois pas significatifs.

3.5 Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes¹, incluant les soins de ville (30%), les hospitalisations (48%) et les prestations en espèces (22%), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus². Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposent en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

Le financement du champ sanitaire en psychiatrie

En 2016, près de 2,2 millions de patients distincts ont été pris en charge dans les établissements de santé offrant des soins de psychiatrie, hors milieu pénitentiaire. La psychiatrie dans les établissements de santé est prise en charge soit sous forme d'hospitalisation à temps complet, *i.e.* des séjours de plus de 24h, soit dans le cadre de soins réalisés en ambulatoire ou lors d'hospitalisations à temps partiel (*cf.* encadré 1).

Le secteur psychiatrique est financé par l'assurance maladie au sein de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Le mode de financement des activités de psychiatrie réalisées en établissements de santé se différencie selon le statut de ces derniers : pour les établissements de santé publics et une part des établissements privés à but non lucratif, il s'agit d'une dotation annuelle de financement (DAF) ; pour les cliniques privées du secteur commercial et certains établissements privés à but non lucratif, le financement repose sur des prix de journée et autres suppléments facturés, au sein de « l'objectif quantifié national » (OQN). Si la DAF couvre l'intégralité des charges des établissements (activité externe et hospitalière), tel n'est pas le cas de l'OQN. Les actes et consultations réalisés durant un séjour ou à titre externe, ainsi que diverses prestations (fourniture et administration de certains médicaments,...) sont pris en charge sur l'enveloppe des soins de ville de l'ONDAM.

Le montant de la DAF est arrêté au niveau national par voie réglementaire dans le respect de l'ONDAM voté. L'Etat répartit ensuite ce montant par région en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire. Puis, les agences régionales de santé répartissent la dotation qui leur est allouée entre les établissements de son territoire. Ces sommes sont versées en douze allocations mensuelles. Le financement des autres établissements, au sein de l'OQN, repose sur différents forfaits³ facturés puis remboursés par l'assurance maladie. Sont distinguées :

(i) les prestations d'hospitalisation avec hébergement, *i.e.* des forfaits facturés dès que le patient est présent plus de 24h puis, les jours suivants, à chaque fois qu'il est présent à 0 heure, qui comprennent : *le prix de journée* (PJ), hors honoraires des praticiens (comprenant les rémunérations des personnels pris en charge par ces praticiens et les examens de biologie médicale), et hors honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exception des soins infirmiers (les honoraires non couverts par les prix de journée sont facturés en sus à l'assurance maladie et comptabilisés dans les soins de ville) ; *le supplément prix de journée* (SHO) suite à une prescription médicale imposant l'isolement du patient dans une chambre particulière ; *le forfait de surveillance médicale* (SSM), facturé en l'absence de facturation des honoraires de surveillance médicale (ce forfait est facturé par les établissements ayant recours à des professionnels salariés et ne bénéficiant pas de prix journée couvrant leur rémunération) ; *le forfait d'entrée* (ENT), facturé pour chaque séjour supérieur à 24h ; *le forfait de prestations* (PMS), facturé pour chaque semaine calendaire de présence du patient dès lors que la production et la transmission des informations PMSI est effective ;

(ii) les prestations d'hospitalisation sans hébergement dans le cadre des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à temps complet, sous forme de neuf forfaits d'accueil et soins correspondant à des séances qui se déclinent selon la durée de prise en charge, le caractère individuel ou collectif de la prise en charge et le nombre d'intervenants lors de la prise en charge (ces forfaits incluent la rémunération des praticiens) ; le forfait de prestation (PMS) peut également être facturé dans le cadre d'une hospitalisation sans hébergement. Contrairement aux PJ, ce forfait couvre l'intégralité des honoraires médicaux et non médicaux ;

(iii) d'autres forfaits peuvent être facturés, soit comptabilisés sur l'OQN (fourniture et administration des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités,...), soit pris en charge sur les soins de ville (fourniture des produits sanguins labiles, des dispositifs médicaux, médicaments pour le traitement de pathologies sans rapport avec le motif de l'hospitalisation,...).

¹ Le montant remboursé de psychotropes, tous prescripteurs confondus, a atteint 1,2 Md€ en 2016 (soit 235 millions de boîtes), dont 37% provenait de prescriptions de médecins exerçant à titre salarié, majoritairement au sein des hôpitaux publics.

² Cf. cartographie médicalisée des dépenses 2015, rapport charges et produits de la CNAM 2018.

³ Cf. arrêté du 25 février 2016 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie.

Dans le cadre de la campagne tarifaire hospitalière, le montant d'OQN, ainsi que son taux d'évolution national et ses taux d'évolution régionaux sont fixés par arrêtés, dans le respect de l'ONDAM global voté en LFSS. Chaque ARS fixe ensuite les nouveaux tarifs par avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui les lient à chaque établissement, dans le respect global du taux d'évolution moyen régional.

L'évolution des tarifs n'est donc pas nécessairement identique pour les établissements d'une même région. Les tarifs de ces prestations varient par exemple en fonction de l'activité des établissements, notamment des disciplines médico-tarifaires (DMT) qui leurs sont attribuées. Ces DMT permettent de qualifier le service dans lequel le malade a été hospitalisé et la nature des soins qui lui ont été donnés.

Encadré 1 • Capacités d'accueil en psychiatrie par secteur et type de prise en charge en 2016

Les **prises en charge (ou hospitalisations) à temps complet** prennent principalement la forme d'hospitalisations à temps plein au sein d'hôpitaux psychiatriques, et qui ont concerné près de 57 000 lits en 2016. L'hospitalisation à temps complet prend également la forme de placement familial thérapeutique, consistant à placer un patient souffrant de troubles mentaux au sein du domicile d'un accueillant familial agréé, salarié d'un établissement de santé mentale, pour y être accompagné quotidiennement, en vue notamment d'une restauration de ses capacités relationnelles et d'autonomie. Près de 3 500 places dans ce type de dispositif ont été dénombrées en 2016. Une autre composante d'hospitalisation à temps complet a trait aux centres de post-cure, qui sont des structures spécialisées dans l'accueil de personnes souffrant d'addiction ou de troubles psychiatriques. Ces centres permettent la réinsertion sociale des patients, *via* un suivi médical, psychologique, éducatif et social entre l'hospitalisation et le retour à domicile. D'autres types d'accueil d'hospitalisation à temps complet existent, tels que l'accueil en appartement thérapeutique permettant d'héberger temporairement un patient de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et une aide à l'insertion, les centres de crise assurant une permanence téléphonique, des consultations psychiatriques et disposant de quelques lits afin d'hospitaliser le patient pour une courte durée en cas de situations d'urgence, les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatriques pour une prise en charge des urgences au plus près du domicile du patient. Enfin, l'hospitalisation à domicile, qui s'apparente davantage à des soins ambulatoires dispensés à domicile par des établissements psychiatriques fait partie des hospitalisations à temps complet.

Les **prises en charge à temps partiel** correspondent à des hospitalisations de moins de 24h, qui sont comptabilisées en nombre de journée ou de demi-journée, à la différence de l'ambulatoire, qui est comptabilisé en nombre d'actes, de soins ou d'interventions. Elle peut être soit à but diagnostic, *via* la réalisation d'examens sur une journée, soit à but thérapeutique lors de traitement de courte durée ou de surveillance médicale pendant un traitement. Les structures d'hospitalisation à temps partiel reposent soit sur une hospitalisation de jour au cours de laquelle le patient est présent pendant la journée dans l'établissement de santé et rentre à son domicile le soir, soit sur une hospitalisation de nuit au cours de laquelle le patient est pris en charge seulement la nuit. Les hospitalisations de jour ou de nuit concernent un peu plus de 29 000 places en 2016. Cette offre à temps partiel est complétée par des ateliers thérapeutiques permettant de développer les capacités relationnelles des patients, en aidant notamment à la reprise d'une activité professionnelle ou sociale.

La **prise en charge en ambulatoire** correspond à des activités de type entretien, démarche, accompagnement, réunion de groupe, dont les structures peuvent se trouver physiquement sur le même lieu géographique qu'un hôpital ou être isolées. Il s'agit des centres médico-psychologiques (CMP), qui sont des structures de coordination, d'accueil et de consultation, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour des prises en charge plus ponctuelles que dans un hôpital de jour mais plus importantes que dans les CMP.

Tableau 1 • Répartition des capacités d'accueil totales en psychiatrie en 2016 par secteur et type de prise en charge des patients (hospitalisation à temps complet ou partiel ou ambulatoire)

	Etablissements publics	Etablissements privés à but non lucratif	Etablissements privés à but lucratif	Total	Etablissements publics	Etablissements privés à but non lucratif	Etablissements privés à but lucratif	Total
Prise en charge hospitalière								
A temps complet (en lits ou places)								
Hospitalisation à temps plein (lits)	35 946	7 374	13 591	56 911	63%	13%	24%	100%
Placement familial thérapeutique (places)	3 227	249	-	3 476	93%	7%	-	100%
Accueil en appartement thérapeutique (places)	827	188	-	1 015	81%	19%	-	100%
Accueil en centre de post-cure (lits)	618	709	186	1 513	41%	47%	12%	100%
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique* (places)	457	38	20	515	89%	7%	4%	100%
Hospitalisation à domicile (places)	549	42	15	606	91%	7%	2%	100%
A temps partiel								
Hospitalisation de jour (places)	21 380	5 056	1 458	27 894	77%	18%	5%	100%
Hospitalisation de nuit (places)	925	286	151	1 362	68%	21%	11%	100%
Ateliers thérapeutiques (structures)	303	14	2	319	95%	4%	1%	100%
Prise en charge ambulatoire								
Centre médico-psychologique (CMP) et unité de consultation des services de psychiatrie (structures)	3 287	427	2	3 716	88%	11%	0,1%	100%
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP - structures)	1 737	176	-	1 913	91%	9%	0%	100%

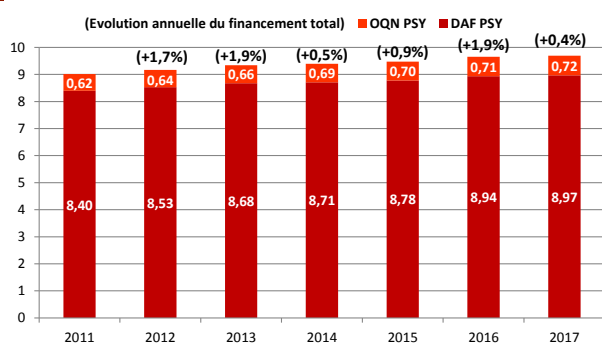
Source : *Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2016, traitement DSS*

Champ : psychiatrie générale et infanto-juvénile, hors psychiatrie en milieu pénitentiaire. * Hors urgences générales.

Quelle que soit la prise en charge, l'offre est la plus forte dans les établissements publics, soit 63% des lits en hospitalisation à temps plein, 77% des places en hospitalisation de jour et 68% des places en hospitalisation de nuit. L'accueil en centre de post-cure fait toutefois exception, avec 47% des capacités relevant des établissements privés à but non lucratif en 2016, même si le volume de lits reste faible et comparable à celui dans le secteur public.

En 2017, les montants de DAF et d'OQN en psychiatrie ont atteint globalement 9,7 Md€ (dont 8,97 Md€ pour la seule DAF). Ces montants ont augmenté de 0,4% par rapport à 2016 (cf. graphique 1). Sur la période 2011-2017, leur évolution annuelle moyenne a atteint +1,2%, l'OQN ayant été plus dynamique (+2,7%) que la DAF (+1,1%). En 2014, 2015 et 2017, la DAF n'a augmenté que de respectivement 30 M€, 70 M€ et 30 M€, alors que la hausse annuelle est proche de 150 M€ en moyenne sur les autres années observées. Ce ralentissement a concerné également l'OQN, son accroissement en montant passant d'environ 30 M€ en 2012 à environ 20 M€ en 2014, puis autour de 10 M€ dès 2015.

Graphique 1 • Evolution de la dotation annuelle de financement et de l'objectif quantifié national en psychiatrie de 2011 à 2017, en Md€



Source : traitement DSS

Une prise en charge en psychiatrie principalement ambulatoire et portée par le secteur public

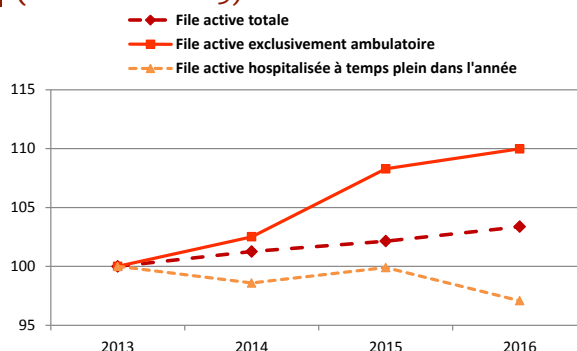
La prise en charge en ambulatoire ressort majoritaire, soit 91% de la file active totale¹ en 2016, tous secteurs confondus. Viennent ensuite les prises en charge à temps complet, portées par des hospitalisations à temps plein réalisées au sein des hôpitaux psychiatriques, représentant 16% de l'activité en volume de patients. Enfin, les hospitalisations temps partiel concernent 6% de l'activité en volume.

Dans les établissements publics et privés à but non lucratif, la prise en charge en ambulatoire est la plus courante. De fait, la part de l'activité en volume de patients exclusivement ambulatoire dans l'activité totale a atteint respectivement 85% et 78% dans ces établissements en 2016, contre 4% dans les établissements de santé à but lucratif. Cette part tend à s'accroître, puisqu'entre 2013 et 2016, la part de l'activité exclusivement ambulatoire dans l'activité totale a augmenté de 5 points dans le public et de 4 points dans le secteur privé à but non lucratif, contre une hausse de 1 point dans les établissements de santé à but lucratif. A l'inverse, les établissements à but lucratif se spécialisent vers une prise en charge à temps plein,

62% de l'activité en volume de patients relevant de cette prise en charge en 2016, part qui tend à se maintenir puisqu'elle était de 61% en 2013.

Entre 2013 et 2016, le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année en psychiatrie a augmenté d'environ 4%, porté par la croissance de la file active en ambulatoire (+10%, cf. graphique 2). A l'inverse, l'activité en hospitalisation à temps plein s'est stabilisée sur cette période, tendant même à diminuer en 2016 relativement à 2013.

Graphique 2 • Evolution de la file active totale en psychiatrie et ses modalités de prise en charge de 2013 à 2016, tous secteurs confondus (base 100 en 2013)



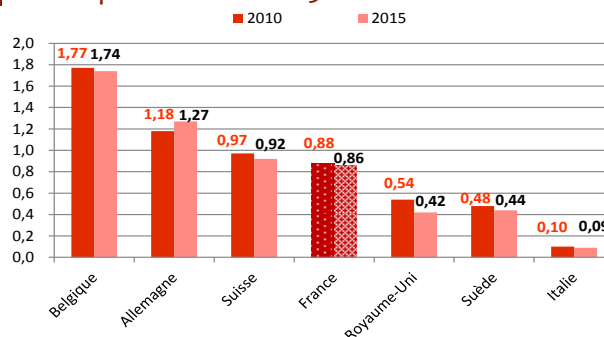
Source : SAE 2013-2016, traitement DSS

Note : la file active correspond au nombre de prises en charge de patients dans l'année, un patient pouvant donc être compté plusieurs fois.

Champ : psychiatrie générale et infanto-juvénile, hors psychiatrie en milieu pénitentiaire.

En termes de nombre de lits pour 1 000 habitants, la France se situe dans la moyenne des pays analysés (cf. graphique 3), soit 0,88 en 2010 et 0,86 en 2015. La tendance est à la baisse pour l'ensemble des pays, sauf pour l'Allemagne, dont le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 1,18 à 1,27 entre ces deux années. Cet indicateur ressort très faible en Italie (0,09).

Graphique 3 • Nombre de lits en psychiatrie pour 1 000 habitants dans quelques pays d'Europe en 2010 et 2015



Source : OCDE, traitement DSS

Note : moyenne pour ces pays égale à 0,85 en 2010, versus 0,82 en 2015.

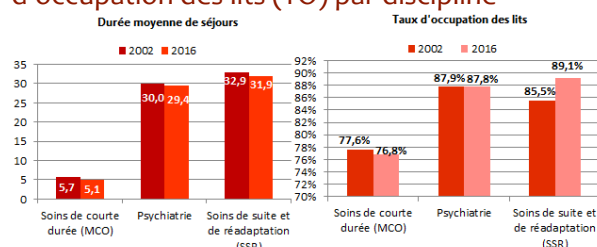
¹ La file active correspond au nombre de prises en charge de patients dans l'année, un patient pouvant donc être compté plusieurs fois.

Organisation des soins en psychiatrie : durée de séjour et taux d'encadrement

La psychiatrie en établissements de santé se caractérise par une durée moyenne de séjour longue (29,4 jours en 2016), proche de celle des soins de suite et de réadaptation (31,9 jours) et beaucoup plus élevée que celle en médecine, chirurgie et obstétrique (5,1 jours). Cette durée tend toutefois à légèrement diminuer par rapport à 2002 (30,0 jours), ce qui est également le cas pour les autres disciplines (cf. graphique 4).

Concernant le taux d'occupation des lits en psychiatrie, il a atteint 87,8% en 2016, quasiment identique au taux de 2002 (87,9%). Il est supérieur de 12 points au taux observé en MCO (76,8%), mais reste en deçà de celui mesuré en SSR (89,1%) en 2016 (cf. graphique 4).

Graphique 4 • Evolution 2002-2016 de la durée moyenne de séjours (DMS) et du taux d'occupation des lits (TO) par discipline



Source : SAE 2002-2016, traitement DSS

Note : la DMS correspond au nombre de journées en hospitalisation à temps plein divisé par le nombre d'entrées ou de séjours en hospitalisation complète ; le TO est calculé en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre de « journées-lits » exploitables dans l'année, pour une prise en charge en hospitalisation complète.

En 2016, le taux d'encadrement non médical en psychiatrie a atteint 1,07 équivalent temps plein (ETP) par lit ou place en hospitalisation à temps complet ou partiel en moyenne annuelle. Il est le plus élevé dans le secteur public, soit 1,29 ETP, contre 0,92 ETP dans le secteur privé non lucratif et 0,32 ETP dans le secteur privé lucratif. Le personnel non médical comprend notamment 69% d'infirmiers diplômés d'Etat et de cadres, 14% d'aides-soignants et 7% de

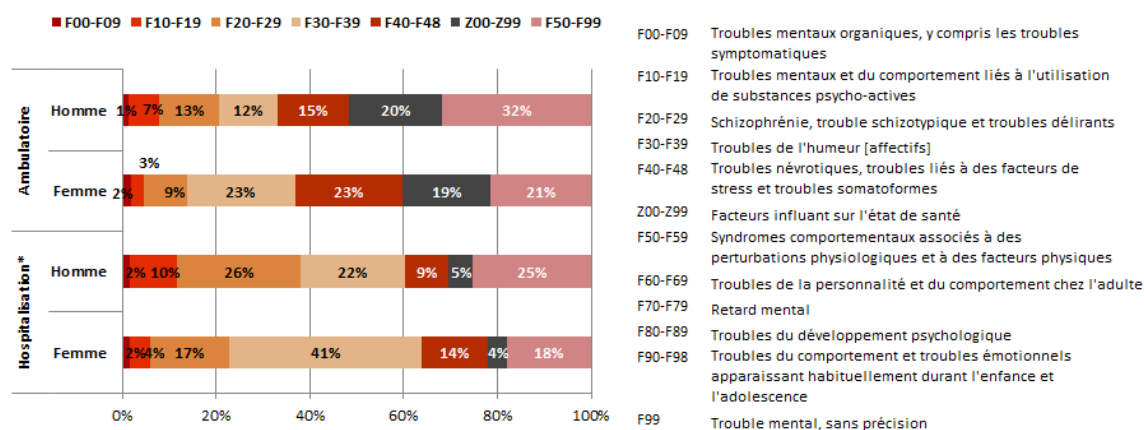
psychologues, tous secteurs confondus. Quant au taux d'encadrement médical, il est de 0,09 ETP tous secteurs confondus, allant de 0,11 ETP dans le secteur public à 0,04 ETP pour les deux autres secteurs. Le personnel médical comprend principalement des psychiatres (88%), tous secteurs confondus.

Des motifs de recours qui varient selon le type de prise en charge, le sexe et l'âge

L'âge varie selon le type de prise en charge. En hospitalisation à temps partiel, ainsi qu'en ambulatoire, près de 40% des patients sont âgés de moins de 29 ans, alors qu'en hospitalisation à temps complet, cette part n'est que de 23%. De fait, 57% des patients hospitalisés à temps complet ont entre 30 et 59 ans, contre 44% à temps partiel et autant en ambulatoire. La part des patients ayant plus de 60 ans est plus élevée en hospitalisation à temps complet (19%), qu'en hospitalisation à temps partiel (13%) et, à un degré moindre, qu'en ambulatoire (17%).

Les soins relevant de la psychiatrie en ambulatoire reposent sur des motifs de recours plus divers qu'en hospitalisation à temps partiel ou complet (cf. graphique 5). Ainsi, 23% des femmes sont hospitalisées en ambulatoire pour troubles de l'humeur, 23% pour des troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress et 19% pour des facteurs influant sur l'état de santé. Les soins en ambulatoire concernant les hommes relèvent pour 20% de facteurs influant sur l'état de santé, 15% de troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress, 13% de schizophrénie et 12% de troubles de l'humeur. Le recours à l'hospitalisation regroupe principalement deux diagnostics : les troubles de l'humeur (41% des femmes et 22% des hommes) et la schizophrénie (17% des femmes et 26% des hommes). Les femmes sont surreprésentées pour troubles névrotiques en ambulatoire (23%, contre 15% d'hommes). Il en va de même en hospitalisation, mais dans une moindre mesure, soit 14% des femmes contre 9% des hommes. En cas d'hospitalisation, les femmes sont davantage concernées par des troubles de l'humeur (41%), alors que les hommes relèvent plus de schizophrénie (26%).

Graphique 5 • Répartition des diagnostics médicaux par type de prise en charge et sexe en 2016



* Hospitalisation à temps partiel ou complet

Source : RIM-P 2016, DIAMANT, traitement DSS – Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM 10)

3.6 Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017

En 2017, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officines de ville retrouve une croissance positive après une année de stabilisation et plusieurs années de recul (+0,2% en 2017 après 0,0% en 2016, -0,9% en 2015, -1,9% en 2014 et -2,3% en 2013). Cette progression résulte notamment de l'arrivée sur le marché de produits onéreux avec par exemple l'inscription au remboursement de l'anticancéreux Imbruvica®. Le CAHT des médicaments du répertoire des médicaments génériques⁶⁵ est en hausse de 1,8% et s'élève à 5,0 Md€ dont 3,5 Md€ concernent les médicaments génériques. Le chiffre d'affaires des génériques a augmenté en 2017 de 0,2%. Cette hausse s'explique par les tombées de brevets notamment celle de Crestor® (rosuvastatine, permettant de diminuer les taux de cholestérol et de triglycérides circulant dans le sang) ou encore par la commercialisation de l'imatinib, générique du référent Glivec® (indiqué dans le traitement des leucémies), mais aussi par la hausse du taux de pénétration des génériques poussée par la mise en place du plan national de promotion des génériques en mars 2015. En décembre 2017, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique. Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATTC, comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève globalement à 25 Md€, en hausse de 0,4% par rapport à 2016. Sur la base de ce CATTC, le montant remboursable par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en hausse de 0,4% par rapport à 2016.

Après 5 ans de recul et une année de stabilisation, le marché du médicament remboursable de ville repart à la hausse en 2017

Après une contraction de 4,7% entre 2012 et 2015 et une année de stabilisation en 2016, le marché des médicaments remboursables en officine de ville progresse de 0,2% (cf. graphique 1). L'évolution de ce marché peut être décomposée en trois composantes : un « effet prix », qui correspond à l'évolution du prix des médicaments, un « effet boîtes », qui retrace l'évolution du nombre de boîtes vendues, et un « effet de structure », qui mesure le déplacement de la consommation entre différentes classes thérapeutiques ou à l'intérieur d'une même classe (cf. graphique 2). Ce dernier effet pousse la dépense à la hausse lorsque la consommation de médicaments se déplace vers des produits récents et coûteux ; à l'opposé, il la tire vers le bas lorsque la pénétration des génériques progresse. En 2017, l'effet de structure, tiré positivement par la déformation de la consommation vers des produits innovants et coûteux, devient prépondérant (+4,5% en 2017 et +3,8% en 2016). L'effet des baisses de prix reste important en valeur absolue (-3,0% après -3,9% en 2016) en raison d'objectifs d'économie sur ce champ toujours élevés dans le cadre de la construction de l'ONDAM. Enfin, « l'effet boîtes » est négatif, le nombre de boîtes vendues en 2017 s'élève à 2,48 milliards d'unités (contre 2,50 en 2016).

La progression du marché des génériques se poursuit en 2017

Le CAHT du répertoire exploité (qui réunit les groupes générique comprenant la spécialité de référence – médicaments princeps – et ses génériques) est de 5,0 Md€ et représente ainsi plus de 27% du marché global remboursable en ville. Le CAHT des médicaments génériques s'établit à 3,5 Md€, en légère hausse par rapport à 2016 (+0,2%).

Il représente 69% du chiffre d'affaires du répertoire (69% en 2015, 71% en 2016). Le nombre de boîtes vendues au sein du répertoire exploité s'élève à 1,1 milliard en 2017 soit 45% du marché remboursable en ville (0,9 milliard pour les seuls génériques). En 2017, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique (36,2%). Le taux de pénétration des génériques dans le répertoire en volume, a atteint 81,6%, proportion en hausse de près de deux points par rapport à 2016 (79,7%)⁶⁶.

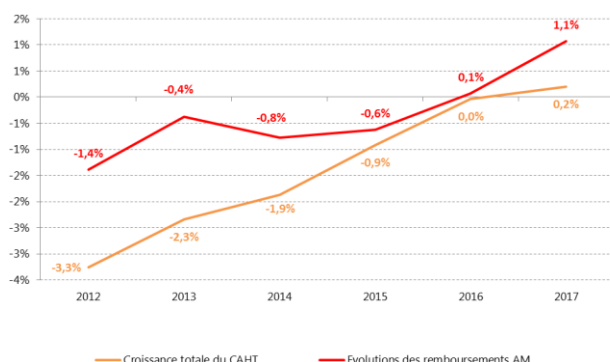
Le marché des médicaments biosimilaires en ville progresse par rapport à 2016 en volume

Actuellement, il existe des biosimilaires pour six médicaments bioréférents. Il s'agit des *époétines* (EPO) indiqués dans le traitement des anémies chez les patients atteints d'insuffisance rénale, des *facteurs de croissance hématopoïétique* (G-CSF) pour le traitement des patients atteints de neutropénie, des *gonadotropines* prescrites pour favoriser la procréation, les *hormones de croissance* (HGH), des *insulines lentes* pour les patients diabétiques et des *anti-TNF* anti-corps pour les patients souffrant de maladie chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde. En 2017, le CAHT total du marché des biomédicaments s'élève à 1,2 Md€. Le CAHT des Biosimilaires représente 130 M€ à fin décembre 2017. Depuis 2016, le taux de pénétration en volume des biosimilaires dans le marché Bioréférent-Biosimilaire augmente au total de 3 points (passant de 7% à 10%). Il est, toutefois variable d'une classe à l'autre. En 2017, les biosimilaires de la classe des G-CSF (arrivés sur le marché en octobre 2009) représentent 85% des volumes du marché BioR-BioS de cette classe tandis que ceux des insulines lentes (arrivés sur le marché en janvier 2016) ne représente que 4,6% (Cf. graphique 3). Enfin le biosimilaire Benepali® des anti-TNF est le dernier commercialisé en octobre 2016 avec un taux de pénétration de 1,5% pour l'année 2017.

⁶⁵ Le répertoire contient les génériques proprement dits mais également les princeps ayant perdu leur brevet.

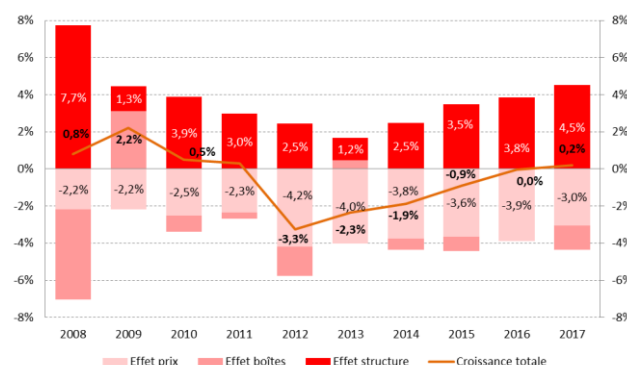
⁶⁶ Le taux cible de pénétration du générique est négocié entre les syndicats de pharmaciens et l'assurance Maladie dans les avenants 6 et 9 à la convention nationale pharmaceutique de 2012. Du degré d'atteinte effective de cette cible découle le calcul de la rémunération sur objectifs au titre des génériques, payée par l'assurance maladie aux pharmaciens.

Graphique 1 – Croissance du CAHT de médicaments en officine de ville et dépense de médicaments remboursée par la CNAM



Sources : DSS/6B – CAHT données Gers, marché de ville remboursable et remboursements données CNAMTS, champ tous régimes en date de soins.

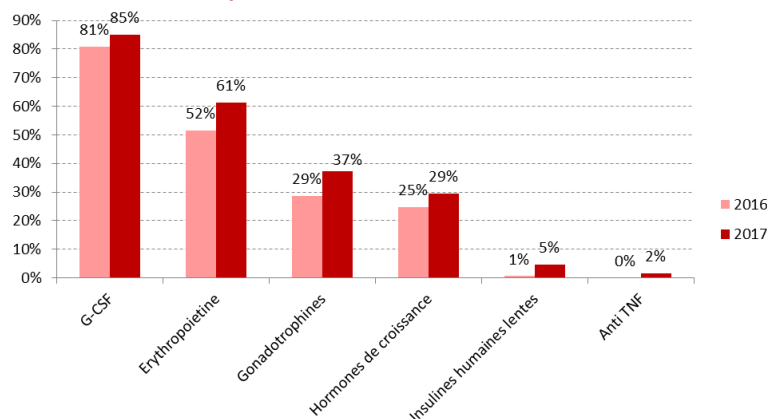
Graphique 2 – Décomposition de la croissance du CAHT de médicaments en officine de ville



Sources : DSS/6B – CAHT données Gers, marché de ville remboursable et remboursements données CNAMTS,

Note de lecture : En 2015, le marché du médicament de ville décroît de 0,9% (échelle de droite). Cette évolution s'explique, sur l'échelle de gauche, par un effet baisse de prix de -3,6%, et une diminution du nombre de boîtes vendues de -0,8%. Le reste de l'évolution s'explique par un effet de structure de 3,5%.

Graphique 3 – Evolution du taux de pénétration des médicaments biosimilaires en ville depuis 2016



Sources : DSS/6B – CAHT données Gers, marché de ville remboursable à fin décembre 2017

Note de lecture : En 2017, les biosimilaires représentent 85% des volumes vendus de la classe G-CSF, et les bioréférents 15%. On peut l'assimiler à un taux de pénétration des biosimilaires.

Encadré • La régulation financière via la contribution L

La clause de sauvegarde, créée par la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 1999, prévoyait la mise en place d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques afin de garantir une croissance du CAHT compatible avec l'ONDAM. La LFSS 2015 a renoué et durci ce mécanisme ancien, qui en pratique ne se déclenchait que peu ou pas, en instaurant un versement automatique sous forme d'une contribution par les laboratoires pharmaceutiques dès lors que l'évolution globale du chiffre d'affaires hors taxe (net des autres remises) est supérieure à un taux voté chaque année dans la LFSS (-1% en 2015). Sont exclus du champ de cette contribution, dite contribution L, le chiffre d'affaires des médicaments génériques (à l'exception de ceux dont le tarif de remboursement est identique à celui des princeps) et des médicaments orphelins réalisant un CAHT inférieur à 30 M€. Pour la première fois depuis 2009, le taux d'évolution du CAHT net en 2015 a été supérieur (0%) au taux voté en LFSS, conduisant au versement d'une contribution de 75 M€. La clause s'est également déclenchée en 2016 à hauteur de 175 M€. La LFSS pour 2017 a ajusté le dispositif, en le scindant selon le circuit de distribution, ce qui a un sens à la fois s'agissant du type de spécialités distribuées et de la dynamique de la dépense : en officine de ville (taux Lv) ou en établissement de santé (taux Lh). L'ancienne contribution « taux L global » est remplacée par un mécanisme de séparation des assiettes et des taux de régulation. Le taux Lv est fixé à 0% pour 2017 et 2018, et le taux Lh est fixé à 2% pour 2017 et à 3% pour 2018 (l'innovation et donc les coûts les plus élevés arrivent le plus souvent d'abord à l'hôpital). Pour 2017, la contribution Lv ne s'est pas déclenchée et le taux Lh devrait générer un rendement d'environ 65 M€.

Les classes thérapeutiques en hausse relèvent des pathologies les plus graves, celles en baisse sont affectées par les mesures de remboursements et les tombées de brevet

L'arrivée d'innovations pharmaceutiques explique une forte part de la croissance de certaines classes thérapeutiques

Parmi les 451 classes, 143 enregistrent une augmentation de leur chiffre d'affaires de 795 M€ et contribuent pour 4,2 points à l'évolution du marché remboursable en ville. Les cinq classes à plus forte croissance (+25% de CA entre 2016 et 2017 pour l'ensemble des cinq classes) concernent le traitement de pathologies lourdes et contribuent à elles seules pour 48% à cette augmentation (2 points), soit une hausse de +365 M€ (cf. tableau 1), alors qu'elles représentent seulement 10% du CAHT total. La commercialisation de traitements innovants au sein de ces classes mais également le changement du circuit de vente de certains médicaments⁶⁷ (des pharmacies hospitalières aux officines de ville) participent à la hausse observée.

Eliquis®, au service médical rendu important dans la prévention des AVC et le traitement de la thrombose veineuse, fait de sa classe la première contributrice à la croissance, déjà deuxième en 2016 (+113,6 M€, soit +0,6 point). En deuxième position, les médicaments de la classe des inhibiteurs interkeuline dont Cosentix®, inscrit au remboursement en août 2016, ont participé pour 0,4 point à la croissance en 2017 (soit +68,6 M€ dont +45,5 M€ pour Cosentix®). Les médicaments anti-VIH en première position l'an dernier, arrivent en troisième position en 2017 avec notamment dont Genvoya®, (+66 M€, soit +0,4 point). Les antinéoplasiques indiqués dans le traitement de certains cancers, entre autres Mekinist®, ont fortement tiré à la hausse l'évolution du CAHT remboursable (+0,3 point) comme en 2016. La cinquième place de ce classement est comme en 2016 occupée par les médicaments antinéovascularisation. Le CAHT de Lucentis®, indiqué dans la prise en charge de la DMLA, augmente fortement (+33 M€) représentant 60% de la croissance de cette classe (+55 M€), dont la contribution à l'évolution du CAHT remboursable en ville s'élève à 0,3 point.

Les baisses de prix et la maîtrise médicalisée sur les autres segments du marché en ville permettent de contrebalancer presque totalement ces effets haussiers

Les classes en décroissance subissent une baisse de leur chiffre d'affaires de plus de 758 M€, ce qui contribue pour - 4,2 points à l'évolution du marché remboursable de ville. Les cinq classes de médicaments en plus fort repli

représentent une baisse du CAHT global de 251 M€, soit une contribution de -1,4 point (cf. tableau 2). Il s'agit de classes qui ont été concernées soit par des actions de maîtrise médicalisée comme les demandes d'accord préalable en cas de prescription de Crestor®, soit par des mesures de remboursements. Ces baisses résultent aussi de la commercialisation de génériques avec l'arrivée de la rosuvastatine, générique référent de Crestor® et l'éviction du marché de certains produits par l'arrivée de traitements innovants (c'est le cas notamment de Truvada® avec l'arrivée de Genvoya®).

La classe ayant le plus contribué à ralentir la croissance en 2017 est celle des statines, comme l'an passé (Crestor® contribuant à plus de la moitié de la baisse), avec une diminution de 80,6 M€ du CAHT, soit 0,4 point. Celle-ci fait suite notamment à la commercialisation du générique rosuvastatine dès août 2017. La seconde place revient à la classe des inhibiteurs nucléosidiques dont Truvada® qui recule de 51,3 M€ au profit de Genvoya® arrivé sur le marché au troisième trimestre 2017. La troisième place est occupée par les antagonistes de l'angiotensine II pris en association, avec Olmetec® déremboursé depuis le 2 janvier 2017 (-48 M€ soit -0,3 point). La quatrième place revient aux antagonistes de l'angiotensine II pris seuls, dont Coolmetec® déremboursé également début 2017 (-39,3 M€ soit -0,2 point). Enfin, le CAHT de la classe des antiepileptiques (Lyrica®) recule de 31,7 M€, contribuant pour 0,2 point à la décroissance du marché.

Au total, en 2017, les baisses de prix réalisées par le CEPS ont permis une économie de 797 M€ sur les médicaments de ville. De plus, les économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée sur les volumes de médicaments représentent 350 M€ en 2017 d'après les estimations de la CNAM, soit 91,5% de l'objectif de 380 millions d'euros fixé (après 317 M€ de rendement en 2016 et un taux d'atteinte de 81%, cf. tableau 3). Les économies engendrées sur les antibiotiques ont été près de deux fois supérieures à celles prévues (39 M€ contre 20 M€). De même les économies sur les antihypertenseurs ont dépassé les objectifs (71 M€ contre 50 M€ attendus). En revanche, les économies réalisées sur les antiagrégants plaquettaires, les hypolipémiants, les anti-hypertenseurs et les hormones de croissances s'avèrent inférieures aux objectifs. La maîtrise médicalisée a également ciblé la iatrogénie, avec des économies réalisées inférieures aux objectifs (26 M€ d'économies contre 90 M€ attendus) et la biothérapie (79 M€ d'économies réalisées contre 40 M€ attendus).

⁶⁷ Remboursés en ville mais dispensés par les pharmacies des établissements de santé et non celles de ville. La bascule de certains médicaments dans le circuit de distribution de ville est donc un effet de périmètre sans inflation de la dépense globale de soins de ville.

Tableau 1 – Top 5 des classes thérapeutiques ayant le plus contribué à la croissance du CAHT en 2017

Rang	Classe thérapeutique (Ephmra)	CA 2016	CA 2017	Croissance 2017 / 2016 (M€)	Contribution à la croissance	Partidu CA
1	B01F INHIBITEURS DIRECTS FACTEUR XA <i>dont Eliquis®</i>	310,4 110,7	424,0 183,3	113,6 72,6	0,6 pt	2,4% 43,2%
2	L04C INHIBITEURS INTERLEUKINE <i>dont Cosentix®</i>	88,6 12,4	157,2 57,9	68,6 45,5	0,4 pt	0,9% 36,8%
3	J05C9 ANTIVIRAUX VIH AUTRES <i>dont Genvoya®</i>	344,9 0,0	411,0 67,5	66,2 67,5	0,4 pt	2,3% 16,4%
4	L01X9 ANTINEOPLASIQ.AUTRES <i>dont Mekinist®</i>	198,5 1,9	260,4 37,6	61,9 35,8	0,3 pt	1,4% 14,5%
5	S01P PDTs ANTINEOVASCULARISATION <i>dont Lucentis®</i>	510,6 283,1	565,5 316,1	55,0 33,0	0,3 pt	3,1% 55,9%
Total des 5 premières classes		1 452,9	1818,1	365,2	2,0 pts	10,1%
Total des classes qui tirent positivement la croissance		7 900,4	8 695,7	795,3	4,2 pts	48,3%
Total marché ville remboursable		17983,9	18020,4	36,5	0,2%	100,0%

Source : calculs DSS/SD6/6B d'après données GERS à fin décembre 2017

Note de lecture : la classe des inhibiteurs directs réalise un CAHT de 424 M€ en 2017, soit 2,4% du marché remboursable en ville. Cela représente une croissance de 113,6 M€, soit 0,6 point de l'évolution totale du marché en 2017 par rapport à l'année 2016. La croissance de cette classe est notamment due à Eliquis® dont le CAHT a crû de 72,6 M€.

Tableau 2 – Top 5 des classes thérapeutiques ayant le plus tiré vers le bas la croissance du CAHT en 2017

Rang	Classe thérapeutique (Ephmra)	CA 2016	CA 2017	Croissance 2017 / 2016 (M€)	Contribution à la croissance	Partidu CA
1	C10A1 STATINES (INHIB.HMG-COA REDUCT.) <i>dont Crestor®</i>	436,0 210,4	355,5 94,2	-80,6 -116,2	-0,4 pt	2,0% 26,5%
2	J05C1 INHIB.NUCLEOS.NUCLEOT.TRANSCRIPT.INV <i>dont Truvada®</i>	210,6 111,7	159,3 80,8	-51,3 -30,9	-0,3 pt	0,9% 50,7%
3	C09C ANTAG. ANGIOTENSINE II, SEULS <i>dont Olmetec®</i>	156,1 17,3	108,2 0,0	-48,0 -17,3	-0,3 pt	0,6% 0,0%
4	C09D1 ANTAG. ANGIOTENSINE II+HYPOTENS/DIUR <i>dont Coolmetec®</i>	119,8 13,7	80,6 0,0	-39,3 -13,7	-0,2 pt	0,4% 0,0%
5	N03A ANTIEPILEPTIQUES <i>dont Lyrica®</i>	313,2 62,1	281,5 35,0	-31,7 -27,1	-0,2 pt	1,6% 12,4%
Total des 5 dernières classes		1 235,8	985,0	-250,8	-1,4 pts	5,5%
Total des classes qui tirent négativement la croissance		10 083,5	9 324,7	-758,8	-4,2 pts	51,7%

Source : calculs DSS/SD6/6B d'après données GERS à fin décembre 2017

Tableau 3 – Objectifs et économies réalisées en 2017 sur les médicaments grâce à la maîtrise médicalisée

	Prévu (M€)	Réalisé (M€)
Antibiotiques	20	39
Biothérapie	40	79
Hypolipémiants	50	34
Anti-hypertenseurs (IEC-Sartans)	50	71
Antiagrégants plaquettaires (AAP)	20	13
Iatrogénie	90	26
Anti-diabétiques	60	50
Erythropoïétine (EPO)	10	13
Médicaments onéreux (xolair)	20	12
Hormones de croissance	10	7
Autres médicaments (versatis)	10	4
Total médicaments	380	348

Source : CNAMTS

3.7 Les soins de ville dans l'ONDAM entre 2010 et 2017

Cette fiche présente une rétrospective des dépenses comptabilisées dans le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM (cf. encadré 1 pour sa composition). Ces dépenses se sont systématiquement établies en dessous de l'objectif voté par le parlement entre 2010 et 2014 (sous-exécution). Depuis 2015, les remboursements de soins de ville sont systématiquement supérieurs aux objectifs fixés (sur-exécution). Cette fiche identifie dans une première partie les principaux facteurs expliquant les écarts entre l'objectif voté et les réalisations constatées, en isolant notamment les effets de la croissance en volume prévue et réalisée, les mesures affectant le prix des soins mais également l'effet base qui correspond à la différence entre l'objectif rectifié servant de base aux prévisions de soins de ville et la réalisation réelle des dépenses de l'année précédente (cf. encadré 2). La seconde partie propose une analyse macroéconomique de l'évolution des principaux postes de dépenses.

Évolution des soins de ville dans l'ONDAM depuis 2010

Entre 2010 et 2017, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 12,4 Md€

Le sous-objectif soins de ville a crû de 12,4 Md€ sur les huit dernières années (à périmètre courant, cf. tableau 1). Il est ainsi passé de 74,8 Md€ en 2010 à 87,2 Md€ en 2017 et sa part dans le PIB est restée stable durant cette période, à 3,8%.

Les prestations progressent de 12,1 Md€ et les dépenses hors prestations de 0,3 Md€ (cf. encadré 1 pour le détail sur les dépenses de prise en charge de cotisations des professionnels de santé). Les remboursements des honoraires médicaux ont crû en moyenne de 450 M€ par an (3,6 Md€ sur la période), de même que les remboursements des honoraires paramédicaux (440 M€ par an, soit 3,5 Md€ au total). Les indemnités journalières augmentent de 1,3 Md€ sur la période et les transports de malade de 1,1 Md€. Les remboursements relatifs à la biologie ont pour leur part progressé de 115 M€.

La croissance des soins de ville aurait atteint +8,9 Md€ si des mesures de régulation n'avaient pas été mises en œuvre dans le cadre de la gestion globale de l'ONDAM. En effet, la dépense de soins de ville est portée par une

dite « spontanée » et par des effets de la régulation. L'évolution spontanée comprend notamment le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients en ALD, le comportement des prescripteurs (cf. encadré 4 sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville), les innovations et leurs coûts croissants. Les effets de la régulation prennent diverses formes, et notamment les revalorisations accordées aux professionnels de santé ou à l'inverse les efforts d'économies demandés aux différents acteurs. Les revalorisations ont ainsi expliqué en moyenne 365 M€ de dépenses supplémentaires par an sur la période, principalement au bénéfice des médecins, des auxiliaires médicaux et des transports, soit au total +2,9 Md€. Les mesures d'économie ont quant à elles permis d'atténuer la dépense de 9,5 Md€. Les produits de santé ont contribué pour 7,9 Md€ à ces économies, compte tenu des baisses de prix et des mesures de la CNAM visant à réguler les volumes de prescriptions, mais ils contribuent dans le même temps à la croissance spontanée des dépenses de 9,9 Md€ (cf. tableau 1). Par ailleurs, sur la période, les soins de ville ont baissé de 530 M€ en raison de changements de champ (cf. encadré 1).

Encadré 1 • Périmètre des soins de ville

Le sous-objectif soins de ville comprend des prestations telles que les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments (nets des remises pharmaceutiques), les dispositifs médicaux, les indemnités journalières (IJ) maladie et accidents de travail, les dépenses de biologie et de transports. Il contient également des dépenses dites « hors-prestations » qui correspondent à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, à une dotation aux fonds d'action conventionnelle.

De nombreux changements de champ ont été opérés depuis 2010 qui ont au total diminué l'agrégat de l'ONDAM soins de ville de 530 M€. Parmi les principaux mouvements, il y a la sortie de l'ONDAM des soins des étrangers en France (-230 M€) et des indemnités journalières des fonctionnaires, et des agents de la RATP et de la SNCF, dans la mesure où elles correspondent en réalité à du maintien de salaire (-550 M€). Enfin, parmi les transferts significatifs vers d'autres sous-objectifs de l'ONDAM, la permanence des soins (-145 M€) a été transféré en 2014 au fonds d'intervention régional, et les remboursements directs des soins des Français à l'étranger (-80 M€) vers les « autres prises en charge ». À l'inverse, ont été intégrés dans les soins de ville les indemnités journalières versées aux exploitants agricoles en 2014 (+40 M€). On note également l'affiliation au régime général des travailleurs frontaliers suisses en 2014 et 2015 pour environ 100 M€ et l'intégration du financement de la formation médicale continue (OGDPC) dans le fonds des actions conventionnelles pour environ 150 M€. Le transfert dans l'ONDAM hospitalier de remises pharmaceutiques (recettes atténuatives de l'ONDAM) générées par les molécules financées sur les enveloppes hospitalières a augmenté le sous-objectif soins de ville de 315 M€. Enfin, d'autres mouvements sur la période 2010-2017, principalement de transferts vers d'autres sous-objectifs de l'ONDAM, ont abaissé le champ du sous-objectif soins de ville de 130 M€.

L'ensemble de ces mouvements de périmètre est listé chaque année dans l'annexe 7 des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Leur traitement dans l'ONDAM est depuis 2018 régi par une charte de budgétisation, annexée à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022.

Entre 2010 et 2013, des dépenses largement inférieures aux objectifs votés

Entre 2010 et 2013, les remboursements de soins de ville ont connu des sous-exécutions de plus en plus importantes par rapport aux objectifs votés initialement : de 400 M€ en 2010 à 1,3 Md€ en 2013 (cf. tableau 2). Sur cette période, deux éléments expliquent la sous-exécution : le ralentissement des volumes de soins par rapport aux dynamiques passées et un effet base favorable se reportant (voire s'amplifiant) d'un exercice à l'autre (cf. tableau 2 et graphique 3). Concernant les volumes, les évolutions des arrêts maladie et des remboursements de médicaments en 2012 et 2013 ont le plus contribué au ralentissement global des dépenses. Ainsi, en 2012, les dépenses étaient inférieures aux prévisions de près de 970 M€, dont environ 75% étaient imputables aux indemnités journalières (IJ). En 2013, le ralentissement des IJ et des médicaments s'est poursuivi et explique environ 0,6 Md€ de la sous-exécution, qui atteint 1,3 Md€. Concernant l'effet base, celui-ci est favorable (cf. définition en encadré 2) et augmente au

cours de la période, passant de 330 M€ en 2010 à 615 M€ en 2013 et même 670 M€ en 2012.

2014 : l'année du retournement conjoncturel

L'année 2014 marque un tournant avec un regain de dynamisme de l'ensemble des postes de soins de ville et la résorption de l'effet base. En particulier, les deux principaux moteurs du ralentissement passé (arrêts maladie et médicaments) retrouvent des dynamiques fortes. L'arrivée des traitements innovants contre l'hépatite C a porté la croissance des remboursements de médicaments à 5,4% contre 0,3% en moyenne entre 2010 et 2013. De même, la croissance des indemnités journalières passe de 1,3% par an de 2010 à 2013 à 4,5% en 2014.

Par ailleurs, la LFSS 2015, dans sa partie rectificative, a revu à la baisse l'objectif 2014 en intégrant l'intégralité de la sous-exécution 2013 alors mesurée, réduisant l'effet de base favorable accumulé depuis plusieurs années en matière de soins de ville, et aboutissant à un effet de base favorable de seulement 65 M€ pour les soins de ville en 2015.

Tableau 1 • Décomposition du sous-objectif soins de ville par poste de soins en 2010 et 2017

	2010		2017		Évolution 2010-2017		dont volume	dont économies	dont revalorisations
	Montant	%	Montant	%	%	Δ en niveau			
Soins de ville	74 755	100,0%	87 170	100,0%	16,6%	12 415	18 955	-9 465	2 925
Hors presta, hors remises	2 275	3,0%	2 545	2,9%	11,9%	270	270	0	0
Prestations	72 480	97,0%	84 625	97,1%	16,8%	12 145	18 685	-9 465	2 925
Honoraires médicaux	19 100	25,6%	22 710	26,1%	18,9%	3 610	2 540	-685	1 755
Honoraires paramédicaux	8 820	387,7%	12 340	14,2%	39,9%	3 520	3 120	0	400
Biologie	3 395	4,7%	3 510	4,0%	3,4%	115	660	-550	5
Transports	3 520	18,4%	4 610	5,3%	31,0%	1 090	800	-55	345
Médicaments	22 155	251,2%	22 505	25,8%	1,6%	350	7 455	-7 310	205
Dispositifs médicaux	4 860	143,2%	6 835	7,8%	40,6%	1 975	2 485	-550	40
Indemnités journalières	10 010	284,4%	11 280	12,9%	12,7%	1 270	1 515	-315	70
Autres	620	2,8%	835	1,0%	34,7%	215	110	0	105

Tableau 2 : Décomposition des écarts au sous-objectif soins de ville depuis 2010

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effet base	-330	-450	-670	-615	-640	-65	195	405
Effet volume	-155	-205	-750	-575	990	40	355	425
Effet prix	80	35	450	-110	-555	245	180	-210
Total	-405	-620	-970	-1300	-205	220	730	620
Objectif voté (Md€)	75,2	77,3	78,9	80,5	81,1	83,0	84,3	86,6
Objectif exécuté (Md€)	74,8	76,6	77,9	79,3	80,9	83,2	85,0	87,2
Taux d'évolution	2,7%	2,5%	1,7%	1,7%	2,9%	2,4%	2,3%	2,2%

Encadré 2 • Définition des effets expliquant les écarts à l'objectif

D'un point de vue méthodologique, on peut décomposer les écarts aux objectifs selon trois effets :

Effet base : les lois de financement de la sécurité sociale proposent à la fois un objectif de dépense pour l'année N et une rectification de l'objectif pour l'année précédente. Une sous-exécution (sur-exécution) de l'ONDAM N-1 qui n'est pas entièrement anticipée lors de la LFSS se reporte mécaniquement sur l'ONDAM N et génère un avantage (désavantage) de base. La base de construction sera en effet supérieure (inférieure) à la base effective ce qui, à objectif donné, autorise plus (moins) de dépenses.

Effet volume : l'effet volume correspond à l'évolution corrigée des évolutions tarifaires (revalorisations ou baisses de prix/tarifs). Les économies de maîtrise médicalisée, réalisées dans le cadre des actions de gestion du risque auprès des professionnels de santé par la CNAM sont intégrées dans l'effet volume. En effet, elles participent à l'infléchissement de la tendance des dépenses de soins de ville.

Effet prix : cet effet inclut l'ensemble des impacts des revalorisations des tarifs liées aux décisions conventionnelles signées entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Cet effet joue à la hausse sur la dynamique brute observée des remboursements. Symétriquement, cet effet comprend l'ensemble des baisses de tarifs ou prix portant sur les professionnels de santé ainsi que les produits de santé.

Depuis 2015, des sur-exécutions successives

La consommation de soins continue d'être dynamique après 2014, ce qui se traduit par des dépassements du sous-objectif soins de ville de 220 M€ en 2015, 730 M€ en 2016 et 620 M€ en 2017. En 2015, la dynamique reste forte (+2,5% par rapport à 2014), mais moins qu'anticipé : la croissance des volumes de soins est ainsi inférieure de 200 M€ à la prévision. En revanche, les économies prévues ont eu un rendement moins important qu'anticipé (de 240 M€), notamment les économies de luttres contre la iatrogénie médicamenteuse (pour 100 M€). L'année 2016 est également une année très dynamique avec l'arrivée au remboursement de nouvelles molécules comme Triumeq® pour le traitement du VIH, une forte croissance des actes médicaux et des arrêts

maladie, et plus globalement un nombre de jours ouvrés supérieur à 2015. A cela s'ajoutent des pertes de rendement sur certaines économies présentées en LFSS (absence de baisse de tarif sur la biologie) ainsi qu'une base de construction sous-estimée de 195 M€ (effet base défavorable lié à la sous-estimation du dépassement 2015 retenu lors de la construction de l'ONDAM 2016).

Enfin, en 2017, la dynamique des honoraires médicaux, des médicaments et des arrêts maladie est à nouveau sous-estimée (420 M€), de même que la base de construction (405 M€). Les dépassements de 2017 sont néanmoins atténués de 210 M€ en raison de la non mise en œuvre du règlement arbitral dentaire et de l'absence de revalorisations des taxis.

Analyse des dynamiques par postes

Les honoraires médicaux : une croissance partagée entre volume d'activité et négociations conventionnelles

Les remboursements d'honoraires médicaux représentent 26% du sous-objectif soins de ville. Ce poste comprend les remboursements des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des dentistes et des sages-femmes. La moitié de la croissance de ce poste est due aux revalorisations décidées lors des négociations conventionnelles depuis 2010 (1,8 Md€, cf. graphique 2).

Les médecins généralistes ont bénéficié sur la période de 810 M€ de revalorisations, en application de plusieurs accords : la convention médicale de 2011, son avenant 8 de 2012 (qui octroie des revalorisations et crée le contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur I et II) et la convention de 2016. S'ajoutent les nouveaux modes de rémunérations tels que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, 316 M€ en 2012 et 2013), le forfait médecin traitant ou encore les majorations pour consultations de personnes âgées (375 M€, à partir de 2014). En revanche, les volumes de soins de médecine générale décroissent de 0,6% par an, en lien avec la baisse du nombre de médecins de 1,4% sur la période.

Les médecins spécialistes ont connu sur la période une dynamique des volumes de soins importante (+2,6% en moyenne entre 2010 et 2017). Ceux-ci ont accéléré à partir de 2014 (+3,5% en moyenne entre 2014 et 2017, contre +1,8% entre 2010 et 2013), portés par la dynamique des actes techniques ainsi que des actes d'imagerie. Ce sont principalement les actes des ophtalmologues, notamment la tomographie de l'œil (+15,4% en 2017), les actes des oncologues-radiothérapeutes ainsi que ceux des chirurgiens qui portent la croissance. Par ailleurs, l'ensemble des médecins spécialistes ont bénéficié de 480 M€ de revalorisations et de nouvelles rémunérations entre 2010 et 2017 ; et à l'inverse les radiologues ont contribué en moyenne de 85 M€ par an (680 M€ au total) aux économies *via* des baisses de tarifs.

Pour les dentistes, les revalorisations (+70 M€) ont été plus faibles sur la période que celles des médecins, mais un regain de dynamisme des remboursements a été constaté en 2015 après la mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature des actes dentaires. L'évolution moyenne annuelle atteint ainsi 1,7% depuis 2015, contre 0,5% entre 2010 et 2014.

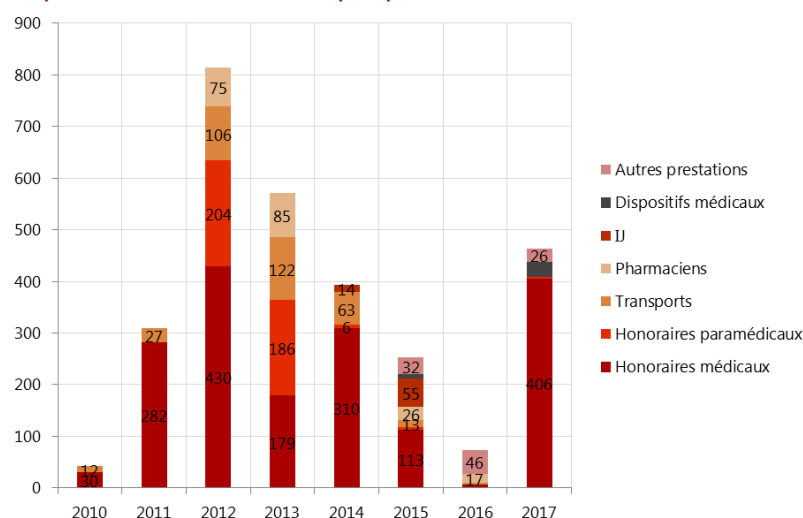
Dépenses de transports et d'auxiliaires médicaux : forte dynamique spontanée

Les transports ainsi que les remboursements des honoraires paramédicaux connaissent une dynamique importante (4,5% de croissance moyenne pour les transports sanitaires et 5,4 % pour les honoraires paramédicaux).

Les infirmiers et les kinésithérapeutes ont bénéficié de 400 M€ de revalorisations en 2012 et 2013 suite à des négociations conventionnelles avec des majorations d'actes et des indemnités kilométriques. Pour les transports, la mise en place d'une majoration kilométrique a favorisé les trajets courts en 2012 et 2013 (230 M€). De plus, les taxis voient également leurs tarifs augmenter sur décisions préfectorales au 1^{er} janvier de chaque année.

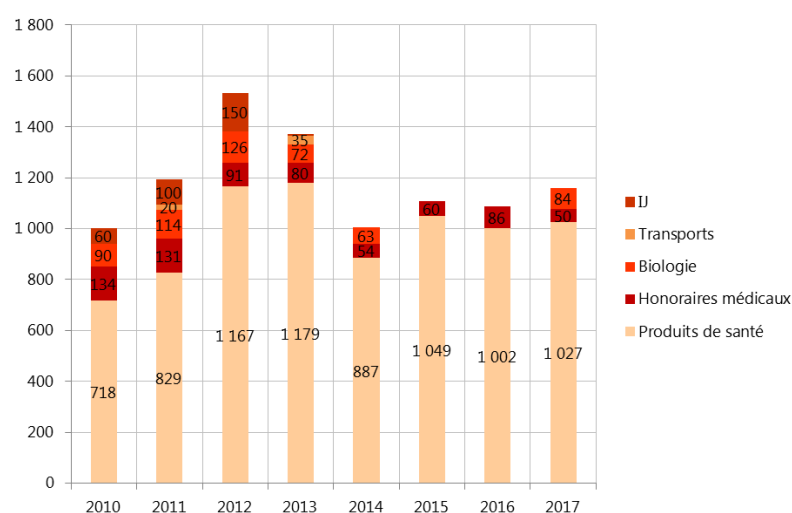
Sur ces deux postes, les volumes participent fortement à la croissance. Les volumes de soins infirmiers augmentent en moyenne de 5,7% par an, ceux de kinésithérapie de 4,1%. La dynamique des soins infirmiers est principalement portée par une hausse de leurs effectifs de 30,4% entre 2010 et 2016, et par le développement des actes médico-infirmiers (cf. fiche 3.2, CCSS septembre 2017). Le volume des dépenses de transport a crû en moyenne de 3,0% sur la période, porté par la dynamique des taxis (cf. fiche 3.2, CCSS juin 2016). Il est à noter que ces postes s'adressent souvent à une patientèle âgée ou qui bénéficie d'une exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) ce qui se reflète sur les taux de remboursements moyens proches de 90% sur les deux postes. Ainsi, entre 2010 et 2015, les patients souffrants d'une ALD ont contribué pour 92% à la hausse des volumes de transport.

Graphique 1 • Chroniques des revalorisations par poste



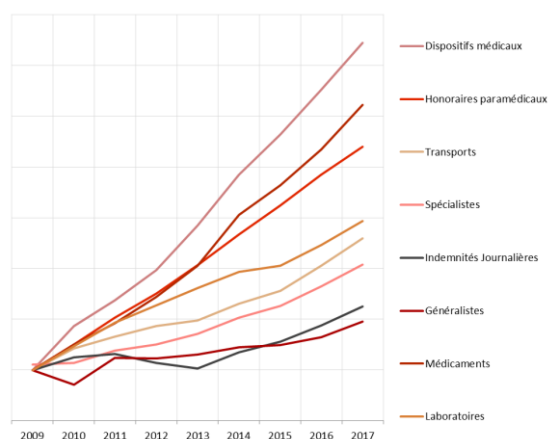
Source : DSS/SDEPF/6B/Constats de l'ONDAM

Graphique 2 • Chronique des baisses de prix ou et des tarifs par poste (hors maîtrise médicalisée)



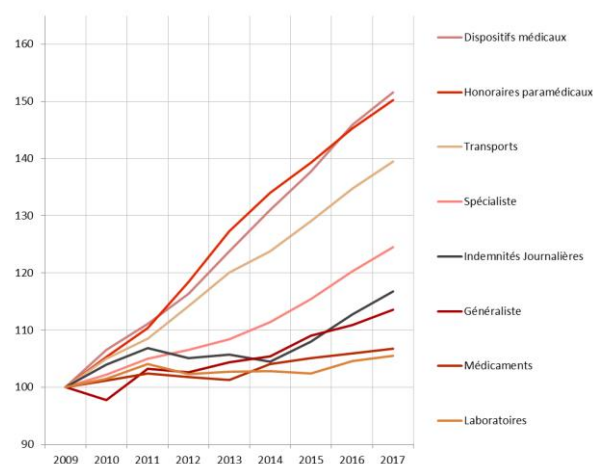
Source : DSS/SDEPF/6B/Constats de l'ONDAM

Graphique 3 • Evolution en volume des principaux postes de soins de ville (base 100 en 2009).



Source : DSS/SDEPF/6B/Données CNAMTS

Graphique 4 • Evolution en valeur des principaux postes de soins de ville (base 100 en 2009).



Les produits de santé : une croissance portée par l'innovation et le vieillissement de la population

Les remboursements de dispositifs médicaux et de médicaments sont des dépenses dynamiques (respectivement +42,2% et +2,1% entre 2010 et 2017), portées par les innovations et le vieillissement de la population. Le taux de remboursement moyen des dispositifs médicaux s'élève à 84%. Par ailleurs, l'augmentation de la population en ALD et les coûts croissants des derniers traitements médicamenteux jouent pour environ 0,6 point dans la croissance annuelle de ce poste. Entre 2010 et 2017, la croissance moyenne en volume des dispositifs médicaux était de 6,8%, de 4,0% pour les médicaments vendus en officine de ville et de 12,6% pour les médicaments en rétrocession (consommés en ville mais dispensés dans les pharmacies hospitalières).

Deux périodes se distinguent en termes de remboursement de médicaments. Avant 2015, la baisse des remboursements en officine (en moyenne de -0,2%) s'explique notamment par d'importantes tombées de brevets et par la mise en œuvre d'un plan de soutien aux médicaments génériques, qui a permis de diminuer les dépenses de 1,0 point par an entre 2010 et 2015.

Depuis 2016, l'évolution des remboursements en officine redevient positive (0,1% de croissance en 2016, 1,1% en 2017, cf. fiche 3.6). Parallèlement, depuis 2014 et l'arrivée des traitements contre le VHC, mais également des traitements innovants comme Imbruvica® (traitement des leucémies lymphoïdes chroniques), les remboursements de molécules en rétrocession représentent 1,9 point de la croissance des dépenses, contre 0,2 point auparavant.

Les dispositifs médicaux connaissent depuis 2010 une croissance forte (5,6% en moyenne) portée par de nombreuses entrées sur les listes de remboursement. Sur la période, la principale contribution à la croissance vient des dispositifs contre l'apnée du sommeil avec une croissance annuelle moyenne de près de 11%. On trouve également des contributions importantes des pansements, des dispositifs de maintien à domicile notamment dans le traitement du diabète ou encore des lits médicaux. On note également qu'à l'exception des appareils de contrôle du diabète, l'ensemble de ces postes qui ont fait la croissance depuis 2010 connaissent des évolutions moins marquées en 2017 (cf. fiche 2.3). En effet, les appareils de contrôle du diabète ont bénéficié d'innovation avec notamment le dispositif Freestyle Libre® permettant de contrôler sa glycémie sans piqûre.

La forte dynamique des produits de santé est partiellement compensée par un effort d'économies important. Ainsi, les baisses de tarifs s'élèvent à 980 M€ par an sur la période, soit 7 860 M€ d'économies sur les produits de santé depuis 2010 (cf. graphique 1). En plus de ces baisses de prix, la forte dynamique des médicaments a été modérée par la mise en œuvre de

mécanismes de régulation spécifiques, les clauses de sauvegarde c'est-à-dire le taux L (scindé ensuite en Lv et Lh) et l'enveloppe W. Ces clauses se déclenchent lorsque la croissance du chiffre d'affaires des médicaments atteint un niveau incompatible avec les objectifs de remboursement prévus dans le cadre de l'ONDAM. Par exemple le taux L en 2015 et 2016 se déclenchait lorsque le chiffre d'affaires hors médicaments génériques et orphelins avait une croissance supérieure à -1%. Ces dispositifs ont permis de diminuer la dépense remboursée d'environ 0,6 Md€ depuis leur mise en place. Parallèlement, les remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques, qui minorent les remboursements, ont représenté 6 040 M€ depuis 2010. Ces remises peuvent être des remises « produits » négociées par le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), ou des remises « ATU » qui correspondent à la différence entre le prix d'une molécule sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et le prix négocié par le CEPS. Ces deux catégories de remises connaissent une hausse de rendement importante de 245 M€ en 2010 à 980 M€ en 2017 (dans le champ de l'ONDAM soins de ville). Cette hausse du rendement est principalement due aux molécules innovantes arrivées depuis 2014 et pour lesquels les prix nets (y compris remises) sont significativement inférieurs aux prix publics.

Les indemnités journalières

Les versements d'indemnités journalières sont très dynamiques (+4,2% par an depuis 2014), portée par les arrêts maladie de plus de 3 mois (4,8%). Ce dynamisme contraste avec l'évolution observée entre 2011 et 2013 (1,9% en 2011, -1,1% en 2012 et 0,1% en 2013).

La forte dynamique des indemnités journalières ces dernières années, et en particulier celle des arrêts de plus de 3 mois, est liée en partie au décalage de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans. La probabilité d'être en arrêt et la durée moyenne d'un arrêt croissent en effet avec l'âge : la durée moyenne d'un arrêt indemnisé s'établit à 76 jours en 2016 pour les 60 ans et plus, contre 52 jours pour les 55-59 ans et 35 jours pour l'ensemble de la population⁶⁸. En conséquence, la part des personnes âgées d'au moins 60 ans dans le montant total indemnisé a crû de 3 points entre 2009 et 2016.

La biologie médicale, des remboursements encadrés par le protocole

Les remboursements pour la biologie médicale ont crû en moyenne de 0,8% sur la période. Les actes de biologie s'inscrivent depuis 2014 dans le cadre du protocole signé entre l'assurance maladie et les syndicats des professionnels, reconduit pour la période 2017-2019 et qui limite l'accroissement des remboursements de +0,25% par an. Ainsi, ce sont près de 550 M€ d'économies sous forme de baisse de tarifs qui ont été réalisées, permettant d'infléchir la croissance, qui aurait été de 3,2% en moyenne autrement.

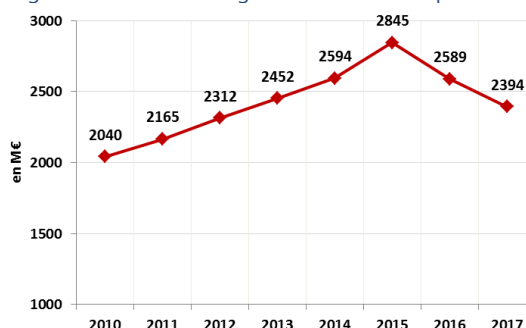
⁶⁸ Données CNAMTS, présentées en commission de suivi et d'analyse des dépenses de santé.

Encadré 3 : Les prises en charges de cotisations des professionnels de santé

Les différentes conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé prévoient une participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels (l'objectif est notamment de favoriser l'activité réalisée à tarifs opposables). Cette participation prend trois formes : un financement direct d'une partie des cotisations maladie, famille et retraite des professionnels libéraux (venant directement minorer les cotisations appelées), des remboursements de cotisations, et enfin le versement de subventions (dites « Teulade ») aux centres de santé pour couvrir une partie des cotisations versées au titre des praticiens qui y sont salariés. Les remboursements de cotisations concernent les médecins adhérents de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le contrat d'accès aux soins depuis le 1^{er} janvier 2017, en contrepartie d'un engagement individuel à maîtriser les dépassements d'honoraires et à augmenter la part d'activité à tarif opposable. Le montant de ces prises en charge devrait atteindre globalement 2,4 Md€ en 2017, soit 6,8% des honoraires des professionnels de santé. La prise en charge directe des cotisations représente 95% de cette somme (figure 1). Les subventions « Teulade » (68 M€) représentent 11,5% de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés en centres de santé. Enfin, une somme de 50 M€ a été versée pour 2017 aux médecins signataires de l'OPTAM.

La prise en charge des cotisations des professionnels de santé s'est accrue jusqu'en 2015 où elle atteint 2 845 M€ (soit 3,4% de l'enveloppe soins de ville). La baisse des montants pris en charge depuis 2015 est due à l'abaissement en 2 temps du taux de cotisation maladie des médecins de secteur 1 (9,7% en 2015, 8,15% en 2016 et 6,5 % en 2017) et de la prise en charge afférente (avec une économie d'environ 270 M€ par an pour l'ONDAM). Parallèlement, la prise en charge des cotisations vieillesse complémentaires (forfaitaires et proportionnelles) a augmenté entre 2015 et 2017 pour couvrir une partie de la hausse des taux de cotisations des médecins.

Figure 1 - Prises en charge des cotisations depuis 2010

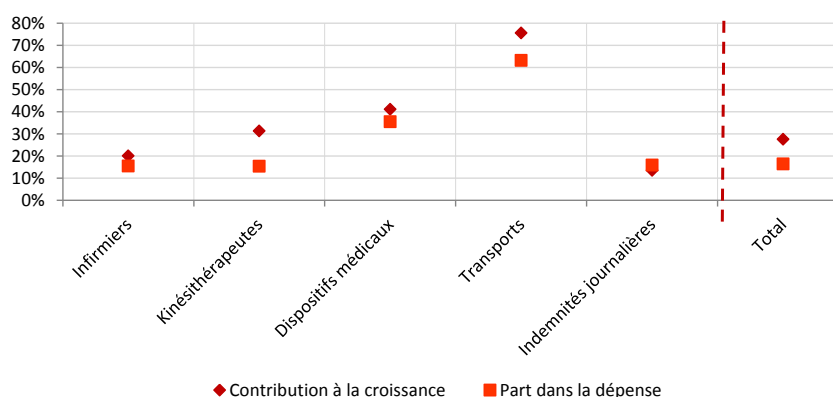


Encadré 4 • Les prescriptions hospitalières effectuées en villes (PHEV)

Les prescriptions hospitalières exécutées en villes (PHEV) correspondent à des prestations effectuées par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé mais dont la comptabilisation est enregistrée dans le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM. Depuis 2010, ces prestations sont plus dynamiques que les prestations prescrites en ville (les PHEV ont crû de 34,4% entre 2010 et 2016, contre 24,6% pour les prestations prescrites en ville). Les PHEV contribuent ainsi à hauteur de 31,2% à la croissance des dépenses en prestations de soins de ville, hors médicaments.

Cependant, certains postes présentent une dynamique bien plus importante que d'autres. C'est le cas notamment des transports et des dispositifs médicaux. Ainsi en 2016, les transports prescrits à l'hôpital et exécutés en ville expliquent 72% de la croissance des dépenses de transports et représentent 62% de cette dépense. Les dispositifs médicaux prescrits à l'hôpital et comptabilisés en ville expliquent 42% de la croissance du poste sur la période et représentent 32% de la dépense en 2016. Les prescriptions hospitalières de biologie médicale exécutées en ville représentent 19% de la dépense et contribuent à hauteur de 142% à la croissance, les dépenses de biologie médicale prescrites en ville étant décroissantes sur la période.

Graphique 9 • Contribution à la croissance de chaque catégorie de soins et part dans la dépense des PHEV en 2016



Source : Extraction DAMIR.

4. LES COMPTES DU REGIME GENERAL, DU FSV ET DE LA CNSA

4.1 Les comptes du régime général et du FSV

La présente fiche analyse le compte consolidé¹ du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les transferts opérés entre ces deux entités sont donc neutralisés afin de permettre une analyse synthétique du compte. Le déficit du régime général et du FSV s'est élevé à 5,1 Md€ en 2017.

Le déficit du régime général et du FSV s'est réduit de 2,7 Md€ en 2017

Malgré l'élargissement du périmètre des dépenses, celles-ci ont été contenues en 2017

En 2017, les charges du régime général et FSV ont progressé de 2,4% (cf. tableau 2). Les prestations sociales expliquent l'intégralité de cette croissance (2,4 points, cf. tableau 3). Le premier contributeur sont les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM qui expliquent pour 1,7 point de la hausse globale. Elles ont progressé de 3,5%, contre une croissance de l'objectif de 2,2%. Cet écart de dynamique résulte de l'élargissement du périmètre de l'ONDAM, avec le transfert à la sécurité sociale du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

La progression des prestations vieillesse et famille est demeurée contenue, notamment en raison de leur faible revalorisation (respectivement +0,2% et +0,3%) assise sur une inflation atone. Les prestations servies par la CNAV ont par ailleurs encore été freinées par les mesures de décalage de l'âge légal de départ en retraite (cf. fiche 2.6) ; au total, les prestations vieillesse ont progressé de 1,9% et expliquent le tiers de la croissance des prestations en 2017. Le moindre recours au congé parental a plus que compensé l'effet de la revalorisation des prestations familiales et ces dernières ont très légèrement fléchi (-0,2%, cf. fiche 2.7).

Les charges de transferts (-0,4%) et de gestion courante (+0,3%) ont également très peu évolué.

Les recettes du régime général et du FSV ont progressé de 3,2% en 2017

En 2017, les produits nets du régime général et du FSV ont progressé de 3,2%, un rythme légèrement inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé (+3,5%).

Les cotisations sociales nettes ont progressé de 3,2% contribuant pour 1,8 point à l'évolution globale des produits. Cette évolution légèrement en-deçà de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,5%) s'explique par l'effet de mesures jouant négativement pour 0,3 point au total : l'impact en année pleine de l'extension de la baisse du taux de la cotisation famille et la disparition de la recette prélevée sur les caisses de congés payés (CCP) a été partiellement compensé par la hausse du taux de cotisation vieillesse déplafonnée et la hausse de l'assiette des cotisations des fonctionnaires dans le cadre du protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations.

Les modalités de compensation du pacte de responsabilité ont notamment transité par la mise en compensation par l'Etat d'exonérations auparavant non compensées et expliquent la forte croissance de ces recettes en 2017 ; au total elles expliquent 0,7 point de la croissance des produits pris dans leur ensemble.

La croissance des produits de CSG nette a été limitée à 1,6%. Ces recettes ont été affectées par deux contrecoups : la disparition d'un produit exceptionnel de CSG et de la recette prélevée sur les CCP. S'ajoute l'effet du relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement voté dans la LFSS pour 2017 (cf. fiche 1.4).

Enfin, les recettes fiscales ont globalement progressé de 2,5%, portées notamment par la conjoncture économique favorable. Toutefois, d'importants mouvements en sens opposés ont affecté ces produits en 2017. A la hausse, l'affectation à la CNAM de l'ensemble des droits de consommation sur les tabacs (2,4 Md€) ainsi que des sommes mises en réserves dans la section III du FSV (0,8 Md€). A la baisse, la non compensation du crédit d'impôts sur la taxe sur les salaires (CITS) pour -0,5 Md€ et l'impact sur les produits à recevoir de TVA de la diminution du taux affecté à la CNAM au 1^{er} janvier 2018 (-1,2 Md€).

¹ Cette présentation agrège les comptes des différentes caisses du régime général et du FSV. Toutefois certaines consolidations sont opérées sur les agrégats de charges et de produits. Pour plus d'informations sur ces consolidations, cf. annexe 4 au PLFSS pour 2017.

Tableau 1 • Principaux agrégats consolidés du régime général et du FSV (M€)

	2015	2016	%	2017	%	2017 pro forma	2018 (p)	%
CHARGES NETTES	349 201	372 730	6,7	381 685	2,4	386 573	395 272	2,3
Prestations sociales nettes	318 186	343 663	8,0	352 650	2,6	360 568	368 663	2,2
<i>Prestations ONDAM</i>	151 876	178 952	17,8	185 218	3,5	185 439	189 500	2,2
<i>Prestations hors ONDAM</i>	15 989	16 744	4,7	17 065	1,9	17 369	17 451	0,5
<i>Prestations vieillesse</i>	110 635	113 089	2,2	115 210	1,9	122 516	126 234	3,0
<i>Prestations famille</i>	34 346	29 357	-14,5	29 300	-0,2	29 300	29 376	0,3
<i>Prestations extralégales</i>	5 341	5 522	3,4	5 858	6,1	5 944	6 101	2,6
Transferts versés nets	20 086	16 987	-15,4	16 915	-0,4	13 588	14 322	5,4
Charges de gestion courante	10 869	11 961	10,0	12 000	0,3	12 289	12 202	-0,7
Autres charges	60	118	++	119	0,7	128	86	--
PRODUITS NETS	338 447	364 954	7,8	376 586	3,2	381 489	394 977	3,5
Cotisations sociales nettes	194 418	204 129	5,0	210 707	3,2	215 390	215 357	0,0
PEC Etat	2 771	3 347	20,8	5 884	++	6 037	5 800	-3,9
CSG "activité" nette et remplacement	69 249	79 550	14,9	80 801	1,6	80 801	103 481	28,1
Recettes assises sur les revenus du capital nettes	15 040	16 121	7,2	16 525	2,5	16 533	16 176	-2,2
Autres impôts, taxes et contributions sociales	47 882	52 397	9,4	53 408	1,9	53 408	44 898	-15,9
Transferts reçus nets	4 749	4 144	-12,7	3 727	-10,1	3 727	3 685	-1,1
Autres produits	4 338	5 266	21,4	5 533	5,1	5 592	5 579	-0,2
SOLDE	-10 754	-7 776		-5 099		-5 084	-295	

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 2 • Charges consolidées du régime général et du FSV (M€)

	2015	2016	%	2017	%	2017 pro forma	2018(p)	%
CHARGES NETTES	349 201	372 730	6,7	381 685	2,4	386 573	395 272	2,3
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	318 186	343 663	8,0	352 650	2,6	360 568	368 663	2,2
Prestations légales nettes	312 846	338 142	8,1	346 792	2,6	354 624	362 562	2,2
<i>Prestations légales « maladie », « maternité » et « AT-MP » nettes</i>	162 122	189 549	16,9	195 825	3,3	196 064	200 350	2,2
Entrant dans le champ de l'ONDAM	151 876	178 952	17,8	185 218	3,5	185 439	189 500	2,2
Hors ONDAM	10 247	10 597	3,4	10 607	0,1	10 625	10 849	2,1
<i>Prestations légales « invalidité » nettes</i>	5 612	6 028	7,4	6 333	5,1	6 333	6 486	2,4
<i>Prestations légales « décès » nettes</i>	111	98	-11,6	102	3,7	102	103	0,6
<i>Prestations légales « vieillesse »</i>	110 580	113 035	2,2	115 156	1,9	122 462	126 181	3,0
<i>Prestations légales « veuvage »</i>	56	53	-3,7	53	0,0	53	53	0,0
<i>Prestations légales « famille » nettes</i>	34 346	29 357	-14,5	29 300	-0,2	29 300	29 376	0,3
Autres provisions, ANV nettes des reprises	19	21	11,4	23	8,0	309	14	--
Prestations extralégales nettes	5 341	5 522	3,4	5 858	6,1	5 944	6 101	2,6
TRANSFERTS NETS	20 086	16 987	-15,4	16 915	-0,4	13 588	14 322	5,4
Transferts entre régimes de base	12 288	9 344	-24,0	9 290	-0,6	6 334	6 590	4,0
Compensations et intégrations financières	10 132	7 108	-29,8	7 006	-1,4	4 059	4 299	5,9
Prises en charge de prestations	72	52	-27,7	47	-9,2	38	23	--
Transferts divers	2 084	2 184	4,8	2 237	2,4	2 237	2 267	1,4
Transferts avec fonds	6 878	6 581	-4,3	6 542	-0,6	6 170	6 571	6,5
Fonds d'intervention régional (FIR)	3 010	2 984	-0,8	3 223	8,0	3 223	3 326	3,2
Fonds ONDAM hors FIR	854	755	-11,6	880	16,5	880	1 208	++
Prise en charge de prestations	2 101	1 984	-5,6	1 831	-7,7	1 515	1 465	-3,3
Prise en charge de cotisations	299	319	6,8	302	-5,4	247	247	-0,1
Autres	614	538	-12,3	306	--	306	326	6,6
Transferts avec régimes complémentaires	919	1 062	15,5	1 083	2,0	1 083	1 161	7,1
CHARGES DE GESTION COURANTE	10 869	11 961	10,0	12 000	0,3	12 289	12 202	-0,7
AUTRES CHARGES NETTES	60	118	++	119	0,7	128	86	--

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 3 • Contribution des facteurs à l'évolution des charges nettes

	2015	2016	2017	2018(p)
CHARGES NETTES	1,0	0,4	2,4	2,3
Prestations sociales nettes	1,7	0,4	2,4	2,1
<i>Prestations ONDAM</i>	1,1	1,0	1,7	1,1
<i>Prestations hors ONDAM</i>	0,1	0,0	0,1	0,0
<i>Prestations vieillesse</i>	0,7	0,7	0,6	1,0
<i>Prestations famille</i>	-0,2	-1,4	0,0	0,0
<i>Prestations extralégales</i>	0,1	0,1	0,1	0,0
Transferts versés nets	-0,6	0,0	-0,02	0,2
Charges de gestion courante	-0,1	0,0	0,01	-0,02
Autres charges nettes	-0,1	0,0	0,0	-0,01

Source : DSS/SDEPF/6A.

En 2018, le régime général et le FSV serait quasiment à l'équilibre

La LFSS pour 2018 a instauré une nouvelle organisation de la protection sociale des travailleurs indépendants qui s'est traduite par la suppression du régime social des indépendants (RSI) et son intégration au sein du régime général. Celle-ci conduit à un accroissement des charges et des produits du régime général. Afin de permettre une analyse cohérente des comptes entre 2017 et 2018, le compte 2017 est présenté à périmètre courant ainsi que dans un format permettant de neutraliser les effets de champ.

Le solde du régime général et du FSV s'établirait à -0,3 Md€, en amélioration de 4,8 Md€.

Les dépenses ralentiraient en 2018

Les charges nettes du régime général et du FSV croîtraient de 2,3%. Les prestations du champ de l'ONDAM expliqueraient la moitié de la croissance (1,1 point) ; elles progresseraient de 2,2%, un rythme proche de l'objectif voté (cf. fiche 4.2). A périmètre 2018, les prestations vieillesse seraient plus dynamiques qu'en 2017 (+3,0%) en raison de la fin de montée en charge du décalage de l'âge légal de la retraite, couplée à une revalorisation en moyenne annuelle (+0,6%) plus élevée qu'en 2017. Enfin, la reprise de l'inflation jouerait aussi sur les prestations familiales, revalorisées de 0,8% en moyenne annuelle. Au total, ces dernières progresseraient à nouveau légèrement en 2018 (+0,3%), l'effet des revalorisations dans le cadre du plan pauvreté l'emportant sur la baisse du recours à la prestation d'accueil du jeune enfant.

Les transferts nets augmenteraient en 2018 (+4,8%), tirés par la forte hausse de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés. Les charges de gestion courante diminueraient de 0,7%, conformément aux conventions d'objectifs et de gestion signées avec la CNAM, la CNAV et l'Acoss.

Les produits seraient soutenus par un contexte macro-économique favorable

Les produits nets du régime général et du FSV augmenteraient de 3,5% par rapport à 2017, tirés par une progression attendue de la masse salariale du secteur privé de 3,9%. Bien que les mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs modifient très largement la structure des recettes en 2018, elles ne jouent que marginalement sur le niveau global des recettes du régime général et du FSV (+0,3 Md€). La hausse de 1,7 point du taux de CSG majore ces recettes de 22,6 Md€ en 2018. La suppression des cotisations salariales maladie, la modulation des cotisations des travailleurs indépendants et la baisse du taux de cotisation patronale des fonctionnaires et les régimes spéciaux d'entreprises infléchissent au total les produits de cotisation du régime général de 8,0 Md€. La CNAM rétrocède 11,4 Md€ de recette de TVA nette à l'Acoss, chargée de compenser à l'Unédic la perte de recettes induites par la suppression en deux temps de la contribution salariale d'assurance chômage. Enfin, le FSV rétrocède à l'Etat le prélèvement de solidarité sur les revenus du capital (2,6 Md€).

En conséquence de toutes ces modifications, les produits de cotisations ralentiraient fortement (+0,2%). Les produits de CSG bondiraient en revanche de près de 28%.

L'agrégat des impôts, taxes et autres contributions sociales se contracteraient fortement (-18,4%). A l'effet de la baisse du taux de TVA s'ajoutent les contre-coups de l'affectation des sommes mises en réserves au sein de la section III du FSV et du changement de fait générateur sur la taxe sur les véhicules de société qui pèseraient pour 1,0 Md€ sur les recettes du régime général et du FSV en 2018. A l'inverse, la compensation prévue à la sécurité sociale du CITS jouerait favorablement pour 0,6 Md€. En outre, les mesures nouvelles en recettes de la LFSS pour 2018 procureraient globalement un supplément de produit de l'ordre de 0,5 Md€, essentiellement concentré sur la hausse des taxes tabacs.

Enfin, les transferts versés diminueraient en raison de la fin de versement par l'Etat d'un produit au titre des cotisations des détenus.

Tableau 3 • Produits consolidés du régime général et du FSV (M€)

	2015	2016	%	2017	%	2017 <i>pro forma</i>	2018(p)	%
PRODUITS NETS	338 447	364 954	7,8	376 586	3,2	381 489	394 977	3,5
COTISATIONS, IMPÔTS ET CONTRIBUTIONS NETTES	329 360	355 544	8,0	367 326	3	372 170	385 713	3,6
Cotisations sociales brutes	196 055	205 546	4,8	212 845	4	217 630	218 033	0,2
Cotisations sociales salariés	190 009	195 195	2,7	202 855	4	202 855	204 554	0,8
Cotisations sociales non-salariés	3 841	7 526	++	7 009	-7	11 725	10 586	-9,7
Cotisations des inactifs	729	853	17,1	854	0	854	874	2,3
Autres cotisations sociales	970	1 310	++	1 445	10	1 450	1 248	-13,9
Majorations et pénalités	506	661	++	682	3	747	772	3,4
Cotisations prises en charge par l'État nettes	2 771	3 347	20,8	5 884	++	6 037	5 800	-3,9
Contributions, impôts et taxes	132 964	148 368	11,6	151 216	2	151 216	165 252	9,3
CSG brute	78 689	89 320	13,5	91 069	2	91 069	116 188	27,6
CSG sur revenus d'activité	52 976	61 857	16,8	62 954	2	62 954	80 904	28,5
CSG sur revenus de remplacement	16 231	17 226	6,1	17 456	1	17 456	22 251	27,5
CSG sur revenus du capital	8 986	9 666	7,6	10 065	4	10 065	12 267	21,9
Autres assiettes (jeux + majorations et pénalités)	496	572	15,3	593	4	593	765	29,0
Contributions sociales diverses	13 612	12 943	-4,9	13 356	3	13 356	11 227	-15,9
Prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital	6 393	6 651	4,0	6 743	1	6 743	4 166	--
Forfait social	4 017	5 242	++	5 494	5	5 494	5 696	3,7
Autres	3 201	1 049	--	1 118	7	1 118	1 365	22,1
Impôts et taxes	40 664	46 106	13,4	46 791	1	46 791	37 837	-19,1
Recettes en compensation des exonérations et TVA nette	11 022	11 694	6,1	10 327	-12	10 327	579	--
Tabac	7 976	10 284	28,9	11 839	15	11 839	12 324	4,1
Taxe sur les salaires	13 165	13 515	2,7	13 531	0	13 531	14 340	6,0
CSSS (yc additionnelle)	3 273	3 552	8,5	3 562	0	3 562	3 672	3,1
Taxe alcools et boissons non-alcoolisées	5	1 667	++	1 598	-4	1 598	1 692	5,9
Autres recettes fiscales	5 224	5 394	3,3	5 935	10	5 935	5 231	-11,9
Charges liées au non-recouvrement	-2 430	-1 716	-29,4	-2 620	++	-2 713	-3 373	24,3
Sur cotisations sociales	-1 637	-1 417	-13,4	-2 138	++	-2 240	-2 676	19,5
Sur CSG (hors capital)	-454	-104	--	-203	++	-203	-440	++
Sur impôts, taxes et autres contributions (yc capital)	-339	-196	--	-278	++	-270	-256	-5,1
TRANSFERTS NETS	4 749	4 144	-12,7	3 727	-10	3 727	3 685	-1,1
Transferts avec régimes de base	3 335	2 504	-24,9	2 188	-13	2 188	2 317	5,9
Compensations et intégrations financières	848	700	-17,4	325	--	325	479	++
Prises en charges de prestations, de cotisations et adossement	1 776	1 491	-16,1	1 518	2	1 518	1 532	0,9
Autres transferts avec régimes de base	712	312	--	345	11	345	305	-11,6
Transferts avec les fonds	1 208	1 430	18,3	1 344	-6	1 344	1 273	-5,3
Prestations prises en charge par la CNSA	1 127	1 384	22,8	1 299	-6	1 299	1 253	-3,6
Autres transferts avec les fonds	81	46	--	45	-2	45	21	--
Autres transferts	205	210	2,4	195	-7	195	95	--
AUTRES PRODUITS NETS	4 338	5 266	21,4	5 533	5	5 592	5 579	-0,2
Solde	-10 754	-7 776		-5 099		-5 084	-295	

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 5 • Décomposition de l'évolution des produits nets (en points)

	2015	2016	2017	2018(p)
PRODUITS NETS	1,8	7,8	3,2	3,5
Cotisations sociales nettes	0,5	2,9	1,8	0,0
PEC Etat	0,1	0,2	0,7	-0,1
CSG activité nette et remplacement	0,5	3,0	0,3	5,9
Recettes assises sur les revenus du capital nettes	0,8	0,3	0,1	-0,1
Autres impôts, taxes et contributions sociales nets	-0,1	1,3	0,3	-2,2
Transferts reçus nets	0,0	-0,2	-0,1	-0,01
Autres produits	0,0	0,3	0,1	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 1 • Ecart à la LFSS pour 2017

Le déficit du régime général et du FSV prévu en LFSS pour 2017 s'établissait à 7,1 Md€ en 2016. Le compte clos 2016 fait finalement état d'un déficit de 7,8 Md€, en dégradation de 0,6 Md€ par rapport à la prévision. L'écart constaté en 2016 s'est amplifié sur certains postes mais a été neutralisé par la bonne tenue d'autres recettes. Au-delà de ces effets, l'écart à la LFSS pour 2017 est expliqué par la perte de recettes nouvelles initialement prévue par les lois financières pour 2017 (pour un total de 0,9 Md€). En effet, le relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG remplacement devait être compensé par l'affectation d'une recette nouvelle, la contribution sociale supplémentaire de solidarité sur les sociétés (C4S). Mais la LFSS pour 2017 a prévu sa suppression dès 2017. Par ailleurs, la mise en place d'un crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) devait également être compensée à la sécurité sociale par l'affectation d'une dotation budgétaire. Cette compensation a également été abandonnée pour 2017.

Tableau 6 • Décomposition des écarts aux prévisions de la LFSS pour 2017 (Md€)

	2016	2017
Solde LFSS 2017	-7,1	-4,2
Prestations sociales	0,4	0,1
Recettes nettes sur revenus d'activité (cotisations & CSG)	-1,7	-0,8
CSG remplacement	-0,1	0,0
Prélèvements sur revenus du capital (psK CSG)	0,1	0,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,2	-1,2
Gestion administrative (nette)	0,2	-0,1
Produits financiers nets	0,2	0,2
Compensation et transferts d'équilibrage	0,1	0,1
Autres	0,2	0,2
Solde actualisé CCSS de juin 2018	-7,8	-5,1
Ecart à la prévision	-0,6	-0,9

L'écart constaté en 2016 tient, en premier lieu, à un rendement plus faible que prévu des recettes assises sur les revenus d'activité. La moindre progression de la masse salariale du secteur privé (2,4% contre 2,6% prévu en LFSS pour 2017) a pesé pour près de 0,4 Md€ sur les recettes assises sur les salaires du secteur privé. Cette révision porte entièrement sur le salaire moyen (alors que l'évolution de l'emploi est conforme à la prévision) et s'explique par un redémarrage de l'activité qui s'est concentré davantage que prévu sur les emplois à bas salaires. Ce phénomène a donc mécaniquement conduit à une dynamique des allègements généraux plus rapide qu'anticipé pesant également sur les cotisations (pour 0,4 Md€ supplémentaires). De plus, les recettes nettes assises sur les revenus des travailleurs indépendants se sont également avérées nettement en-deçà de la prévision, affectées notamment par une baisse des effectifs cotisants de l'ordre de 3% (hors micro-entreprises).

L'ensemble de ces pertes de recettes n'a pas joué entièrement en base car la progression de la masse salariale du secteur privé en 2017 a été revue sensiblement à la hausse. Prévue initialement à 2,7% en LFSS pour 2017, elle a été de 3,5%. En outre, l'impact en 2017 de la perte de cotisations correspondant à la baisse de taux famille pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC au 1er avril a été révisé à la baisse de 0,1 Md€ par rapport à la prévision initiale.

Le rendement des recettes fiscales a été supérieur de 0,2 Md€ à la prévision pour 2016. L'essentiel de ce surplus provient des taxes sur les assurances (TSCA et TSA). La perte de 1,2 Md€ sur le produit de TVA a gommé les effets base favorables en 2017. Sans les pertes engendrées par la non compensation du CITS et la non mise en œuvre de la C4S, l'écart sur les recettes fiscales aurait été de 0,4 Md€.

S'agissant des dépenses du régime général et du FSV, les prestations avaient été surestimées en 2016 de 0,4 Md€.

L'écart constaté sur les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM (-0,2Md€) a ensuite joué favorablement sur 2017. A l'inverse, les moindres dépenses sur le champ de l'ONDAM (-0,3 Md€) ont concerné des régularisations portant sur les exercices antérieurs à 2016 (notamment sur les soins de Français à l'étranger) qui n'ont pas affecté les comptes en 2017. La prévision des charges de prestations familiales a quant à elle été revue à la baisse de 0,2 Md€ en raison d'une révision du recours au congé parental.

Les dépenses de gestion administrative du régime général et du FSV ont été moins importantes que prévu en 2016, notamment s'agissant des dépenses de personnel de la branche maladie. Cet effet favorable n'a cependant pas joué en 2017.

Enfin, le solde financier du régime général a été plus favorable qu'anticipé, profitant notamment de conditions d'emprunt exceptionnelles (la qualité de la signature Acoss lui permettant d'emprunter à des taux négatifs en moyenne sur l'année). Ces conditions ont perduré et ont conduit à améliorer également les comptes en 2017.

Les autres éléments d'écart à la prévision initiale résident dans la baisse de la dotation au FIVA et la réforme du financement du fonds CMU prévues en partie rectificative du PLFSS pour 2018.

Encadré 2 • Ecart à la LFSS pour 2018

La prévision établie dans les agrégats de la LFSS pour 2018 faisaient état d'un déficit 2017 du régime général et du FSV de -5,2 Md€. Le compte définitif s'établit à -5,1 Md€. Globalement, la bonne tenue des produits améliore le compte mais elle est masquée par un moindre produit à recevoir de TVA.

Pour 2018, la prévision s'élevait à -2,2 Md€ ; la prévision actualisée affiche un solde de -0,3 Md€. Globalement, l'amélioration de la prévision 2018 résulte d'effets base favorables et à des hypothèses macro-économiques plus favorables.

En 2017, le rendement des recettes assises sur les revenus d'activité s'est avéré supérieur à la prévision de 0,3 Md€. Cela découle essentiellement d'une révision à la hausse de la progression de la masse salariale du secteur privé (+3,5% contre +3,3% en prévision). Cet écart se reporterait sur 2018. Il serait grandement amplifié par la révision à la hausse de l'hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé (+3,9% contre 3,1% à l'automne).

Les recettes sur revenus du capital avaient été sous-évaluées de 0,6 Md€, les produits de placement ayant été très dynamiques (cf. fiche 1.9). Cet écart ne se reporterait pas intégralement sur 2018 du fait du transfert à l'Etat du prélèvement de solidarité (qui emporte avec lui une partie de la plus-value constatée en 2017).

La perte exceptionnelle de TVA constatée fin 2017 n'affectera pas les recettes 2018 (cf. encadré de la synthèse). Les bonnes nouvelles constatées à la clôture sur les autres recettes fiscales tiennent notamment de la révision à la baisse du coût du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires et la bonne tenue de l'assiette de plusieurs recettes fiscales, notamment du forfait social.

Les prestations sociales ont été globalement supérieures de 0,4 Md€ à la prévision établie en LFSS pour 2018. L'écart portant sur les prestations légales relève de la double comptabilisation, à tort, des charges hospitalières de Mayotte (cf. fiche 4.2). Les prestations d'action sociale et prévention se sont avérées globalement sous-évaluées de près de 0,2 Md€. En 2018, les prestations seraient révisées à la hausse de 0,7 Md€, si une partie de cet écart relève de prestations plus dynamiques qu'anticipé, une autre partie résulte de la révision à la baisse du rendement attendu de la lutte contre la fraude.

Enfin, la prise en compte de la suppression de la cotisation des étudiants, intervenue postérieurement à la LFSS pour 2018, dégrade la prévision de 0,2 Md€.

Tableau 7 • Décomposition des écarts aux prévisions de la LFSS pour 2018 (Md€)

	2017	2018
Prévision LFSS 2018	-5,2	-2,2
Recettes sur revenus d'activité	0,3	2,0
Recettes sur revenus du capital	0,6	0,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	-0,6	0,4
<i>dont TVA</i>	<i>-1,0</i>	
<i>dont autres</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
Prestations légales	-0,2	-0,5
Action sociale famille	-0,2	-0,2
Autres	0,0	-0,2
Ensemble des révisions	0,1	1,9
Soldes actualisés CCSS juin 2018	-5,1	-0,3

4.2 Les comptes de la branche maladie

Le déficit de la CNAM s'est progressivement réduit depuis 2010, passant de 11,7 Md€ en 2010 à 4,8 Md€ en 2016. En 2017, le déficit reste stable à 4,9 Md€. Une progression de l'ONDAM sensiblement inférieure aux évolutions antérieures et des mesures de recettes au bénéfice de l'assurance maladie ont permis de réduire son déficit, qui se retrouve en 2017 à son niveau d'avant-crise. En 2018, le solde de la CNAM se rapprocherait de l'équilibre (-0,5 Md€), en raison du dynamisme de la masse salariale, d'un ONDAM contenu à 2,3%, et d'un apport de recettes nouvelles conséquent.

Un lent redressement des comptes depuis la crise

La récession en 2009 a durablement creusé l'écart entre recettes et dépenses. Comme le montre le graphique 1, le principal déterminant de la croissance des recettes, la masse salariale du secteur privé, avait alors sensiblement diminué, alors que l'ONDAM avait augmenté de 3,6%.

Deux facteurs ont permis depuis d'améliorer le solde de la branche. Entre 2012 et 2015, l'apport de recettes nouvelles a permis de combler l'écart entre l'évolution de la masse salariale et celle de l'ONDAM, dont les taux de croissance annuelle ont été abaissés à des niveaux historiquement bas (entre 1,8% et 2,4%). Ainsi en 2012, la CNAM a bénéficié de recettes nouvelles, en particulier le relèvement du taux de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et une hausse des prélèvements sur les revenus du capital. En 2014, elle a vu sa fraction de TVA relevée afin notamment de lui affecter le rendement de la fiscalisation des contrats collectifs d'assurance de santé complémentaire.

Le déficit de la CNAM stagne en 2017

En 2017, le déficit s'est stabilisé (4,9 Md€, contre 4,8 Md€ en 2016), malgré une nette amélioration de la conjoncture économique. Les recettes et les dépenses ont augmenté au même rythme, mais cela se traduit par un léger creusement du déficit, les dépenses étant initialement supérieures aux recettes en 2016.

Les dépenses ont été tirées par l'intégration de charges nouvelles

Les dépenses de la branche ont progressé de 3,5% en 2017, une croissance nettement supérieure à celle de l'ONDAM. Cela résulte notamment du transfert par l'Etat à l'assurance maladie du financement des établissements et services d'aides par le travail (ESAT, pour environ 1,5 Md€). Sans cet effet de périmètre, les dépenses auraient augmenté de 2,8%.

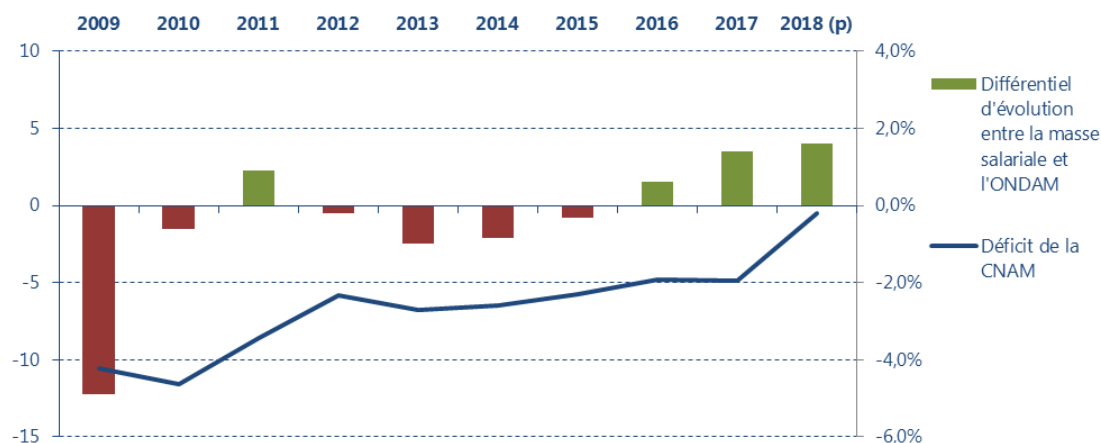
Ces charges nouvelles expliquent la hausse de 11,5% des dépenses en faveur des établissements médico-sociaux. Par ailleurs, la double comptabilisation, à tort, dans les comptes de la branche maladie du régime général, des dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour 0,2 Md€ majore le niveau des dépenses (cf. fiche 2.4). Ainsi, l'évolution des prestations ONDAM de la branche est de 3,6%. Les dépenses de transferts versés à différents fonds ont fortement augmenté du fait d'un surcroît de la dotation au fonds d'intervention régional, résultant pour moitié de l'intégration des dépenses de prévention jusqu'à financer par l'Etat.

Les prestations n'entrant pas dans le champ de l'ONDAM sont également dynamiques (+2,8%). En effet, les prestations d'invalidité, en hausse de 5,1%, sont toujours tirées en 2017 par les effets du recul de l'âge légal de départ en retraite qui conduit à allonger la durée passée en invalidité (cf. fiche 2.5). En revanche, les indemnités journalières pour maternité sont restées stables (+0,3%) reflétant la baisse persistante de la natalité en France (qui vient quasiment neutraliser l'effet haussier des salaires sur l'indemnité moyenne). Les charges de gestion administrative ont quant à elles diminué de 0,8%.

Les recettes progressent du fait d'une conjoncture économique favorable

Les recettes de la CNAM ont également augmenté de 3,5%, soit +7 Md€. Cette progression est limitée par un moindre produit à recevoir de TVA de 1,2 Md€, liée à la modification de la part affectée à la sécurité sociale dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs (cf. encadré de la synthèse). La branche a par ailleurs bénéficié de recettes nouvelles évaluées à près de 2,1 Md€, ce qui explique 1,1 point de la croissance des recettes. La dynamique spontanée des recettes, dont 1,7 point relève de la croissance de la masse salariale du secteur privé (cf. graphique 2), explique le reste.

Graphique 1 • Evolution du déficit de la CNAM au regard des déterminants macroéconomiques

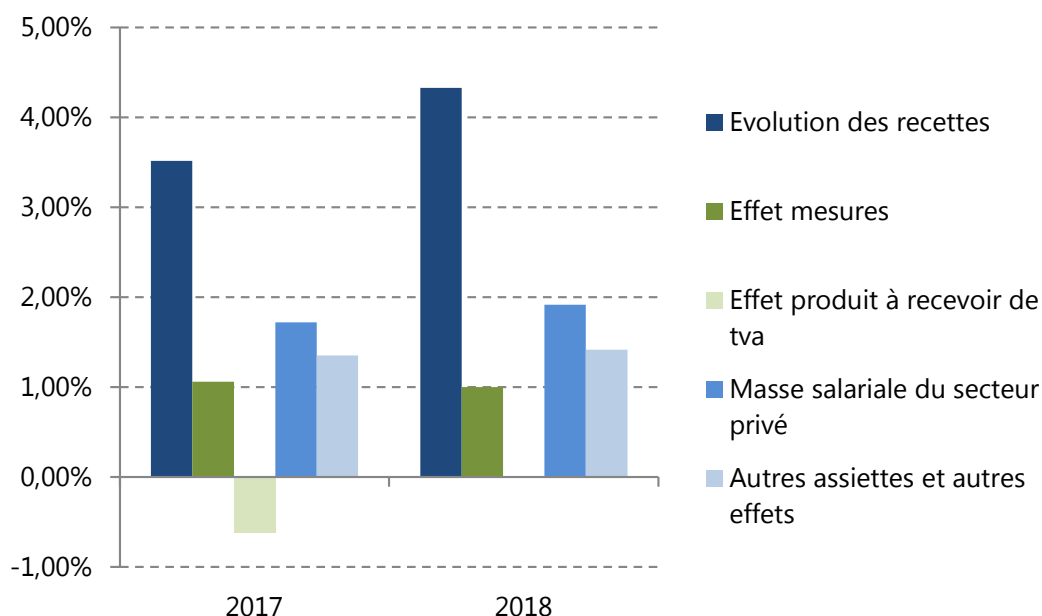


Note de lecture : en 2018, le déficit de la CNAM serait de 0,5 Md€, en amélioration de 4,3 Md€ par rapport à 2017. Cette prévision repose sur une hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé de 3,9%, supérieure de 1,6 point (bâtonnet vert) à la progression prévue de l'ONDAM par la LFSS 2018 (+2,3%).

Encadré 1 • L'état financier de la protection universelle maladie (PUMa)

L'article 32 de la LFSS pour 2016 a institué la présentation d'un état financier de la protection universelle maladie. Ainsi, les comptes de la branche maladie du régime général peuvent être présentés de deux façons différentes : les comptes tels que présentés antérieurement à la PUMa, retraçant les opérations de la CNAM et des CPAM, qui sont ceux soumis à la certification par la Cour des comptes ou l'état financier de la PUMa qui est celui désormais présenté dans ce rapport. Cet état financier permet de retracer l'ensemble des dépenses des régimes maladie pour leur partie relative au financement des frais de santé, se rapprochant ainsi fortement du périmètre de l'ONDAM. Les produits de la CNAM retracent désormais l'ensemble des cotisations, produits de CSG des autres régimes ainsi que leurs recettes fiscales. Les transferts d'intégration financière sont consolidés et n'apparaissent plus. Seules subsistent certaines dotations versées par la CNAM aux autres régimes pour le financement des prestations spécifiques servies par ces régimes (prestations qui n'entrent pas dans le champ de la PUMa).

Graphique 1 • Principaux déterminants de l'évolution des recettes



Source : DSS/SDEPF/6A.

Note de lecture : en 2017, l'évolution des recettes de la branche maladie a été de 3,5%. L'effet des mesures nouvelles contribuerait à hauteur de 1,1 point à cette croissance, l'effet du produit à recevoir de TVA -0,6 point, la dynamique de la masse salariale du secteur privé 1,7 point. Le reste de la croissance des recettes (1,4 point) s'explique par la dynamique des autres assiettes sur lesquelles sont assises les recettes (masse salariale du secteur public, du secteur agricole, revenus des travailleurs indépendants) ainsi que par des effets comptables (régularisations sur exercices antérieurs, évolution des charges liées au non recouvrement,...).

Une partie des recettes nouvelles reçues par la branche s'inscrivent dans la troisième phase du pacte de responsabilité. Pour tenir compte du supplément de dépenses lié aux ESAT, la branche s'est vue attribuer un supplément de recettes (+2,3 Md€). Le bilan de l'opération est favorable à la branche (+0,8 Md€), certaines recettes de la CNAV lui ayant été également réaffectées (cf. fiche 3.1). Elle a en outre bénéficié du relèvement de la fiscalité sur les tabacs (+0,3 Md€) et d'une hausse du taux de cotisation patronale (+0,3 Md€) en contrepartie d'une baisse de celui de la branche AT. Ces gains ont permis d'amortir en partie le contrecoup de la disparition du produit exceptionnel de CSG de 2016 (-0,7 Md€).

Les cotisations brutes ont progressé de 3,4%, portées en premier lieu par celles assises sur le secteur privé salarié qui ont bénéficié d'une croissance soutenue de la masse salariale (+3,5%), et d'un relèvement du taux de cotisation (+0,05 point). Toutefois, la mise en place d'un barème dégressif pour les travailleurs indépendants et une régularisation négative au titre des exercices antérieurs ont fortement diminué les cotisations des non-salariés.

La compensation de certaines exonérations jusque-là non compensées génère un supplément de recettes de 0,9 Md€ pour la branche maladie. Les prises en charge d'exonération sont en outre gonflées en 2017 par la compensation de la baisse du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles via une dotation budgétaire de l'Etat (venant remplacer une compensation par affectation de TVA en 2016).

La CSG a quant à elle été peu dynamique (+1,3%), freinée par le contrecoup du produit exceptionnel de 2016 et le relèvement des seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement.

Les impôts et taxes ont été majorés par les recettes nouvelles et la nature des recettes fiscales de la branche a changé. Les recettes nouvelles ont consisté en l'affectation d'un produit exceptionnel de 0,9 Md€ au titre de l'affectation des recettes mises en réserves jusqu'alors dans la section III du FSV, le relèvement des taxes tabac et une rationalisation de la ventilation de certaines recettes en sa faveur. Ainsi la branche maladie est devenue l'unique affectataire des taxes sur les tabacs et elle a vu ses parts de taxe de solidarité additionnelle et de taxe sur les salaires relevées, en contrepartie de la rétrocession de la contribution sociale de solidarité des sociétés à la CNAV.

En 2018, la CNAM se rapprocherait sensiblement de l'équilibre

La LFSS pour 2018 a acté la suppression du régime social des indépendants (RSI). Les dépenses maladie dites « spécifiques » du régime – essentiellement les indemnités journalières maladie et maternité – sont à compter de 2018 combinées dans les comptes de la CNAM, tout comme les recettes correspondantes, une cotisation pour financer les IJ et une dotation spécifique de la CNAM. Cette opération est quasiment neutre sur le solde de la branche et n'affecte que marginalement la structure des charges et produits puisque l'essentiel des dépenses étaient déjà intégré au champ de la PUMa.

Un ONDAM fixé à 2,3% pour 2018 et des prestations hors ONDAM contenues

La progression des dépenses (+2,2%) serait légèrement inférieure au taux de croissance prévu de l'ONDAM (+2,3%), du fait notamment d'une diminution des charges de gestion administrative. Les prestations de la CNAM dans le champ de l'ONDAM seraient légèrement moins dynamiques que l'objectif global.

Les prestations hors ONDAM seraient en hausse de 1,2% en 2018. Les pensions d'invalidité ralentiraient nettement (+2,4% contre +5,1% en 2017), principalement en raison de l'achèvement du recul de l'âge légal de départ en retraite, désormais fixé à 62 ans depuis le 1^{er} janvier 2017. Les dépenses d'indemnités journalières de maternité seraient en légère hausse de 0,9%. En revanche, les dépenses d'action de prévention seraient tirées (+0,1 Md€) par la création d'un fonds de lutte contre le tabagisme au sein de la branche maladie.

Les dotations d'équilibre versées par la branche diminueraient en raison du transfert à la CNAM-AT de la prise en charge du besoin de financement des prestations AT-MP du régime des marins.

Tableau 2 • Charges et produits nets de la CNAM

En millions d'euros								
	2015	2016	%	2017	%	2017 pro forma	2018 (p)	%
CHARGES NETTES	173 202	199 367	15,1	206 310	3,5	206 551	210 871	2,1
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	159 100	186 989	17,5	193 582	3,5	193 953	198 013	2,1
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	147 966	175 017	18,3	181 268	3,6	181 489	185 398	2,2
Prestations légales "maladie" nettes	143 840	170 697	18,7	176 785	3,6	177 007	180 875	2,2
Soins de ville	65 916	78 283	18,8	80 417	2,7	80 639	82 487	2,3
Prestations en nature	59 067	70 857	20,0	72 728	2,6	72 728	74 349	2,2
Indemnités journalières	6 849	7 426	8,4	7 690	3,6	7 911	8 138	2,9
Etablissements	77 924	92 414	18,6	96 368	4,3	96 368	98 388	2,1
Etablissements publics	51 297	60 865	18,7	62 503	2,7	62 503	63 659	1,9
Cliniques privées	11 028	13 134	19,1	13 325	1,5	13 325	13 639	2,4
Etablissements médico-sociaux	15 599	18 416	18,1	20 540	11,5	20 540	21 090	2,7
Prestations légales "maternité" nettes	3 599	3 765	4,6	3 691	-2,0	3 691	3 805	3,1
Soins de ville	966	1 019	5,6	1 040	2,0	1 040	1 067	2,6
Etablissements publics	2 210	2 305	4,3	2 238	-2,9	2 238	2 310	3,2
Cliniques privées	423	441	4,2	413	-6,3	413	428	3,7
Soins des français à l'étranger	527	555	5,2	792	42,7	792	718	-9,3
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité" **	11 134	11 972	7,5	12 314	2,9	12 464	12 614	1,2
TRANSFERTS NETS	8 440	5 584	-33,8	6 008	7,6	5 860	6 202	5,8
Compensations démographique/transferts d'équilibrage	3 607	257	--	259	0,9	259	259	0,0
Dotations spécifiques	805	991	23,1	1 044	5,3	1 044	1 041	-0,2
Prise en charge de cotisations des PAM	3 897	3 756	-3,6	4 048	7,8	4 048	4 476	10,6
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	3 010	2 984	-0,8	3 223	8,0	3 223	3 326	3,2
Financement du FIR	196	2	--	59	++	59	446	++
FMESPP	692	770	11,2	766	-0,5	766	704	-8,1
Autres participations et subventions	130	26	--	9	--	9	9	0,0
Dépassement forfait CMU-C et soins urgents	5 606	6 717	19,8	6 661	-0,8	6 679	6 615	-1,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	56	77	37,6	58	-24,2	58	42	-28,5
AUTRES CHARGES NETTES	5	12	++	17	39,3	17	0	--
Charges financières	47	37	-22,8	26	-29,6	26	26	0,0
Charges exceptionnelles	4	28	++	16	-44,0	16	16	0,0
Autres charges techniques	167 446	194 585	16,2	201 422	3,5	201 678	210 404	4,3
PRODUITS NETS	160 527	187 890	17,0	194 546	3,5	194 798	203 725	4,6
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	77 567	87 273	12,5	90 267	3,4	90 498	88 523	-2,2
Cotisations sociales brutes	75 793	80 989	6,9	84 413	4,2	84 413	82 330	-2,5
Cotisations sociales salariés	378	4 352	++	3 793	-12,8	4 024	4 305	7,0
Cotisations sociales non salariés	729	853	17,1	854	0,1	854	874	2,3
Cotisations sociales des inactifs	483	803	++	930	15,8	930	728	-21,7
Autres cotisations sociales (dont assurés volontaires)	184	276	50,0	276	0,2	276	286	3,6
Majorations et pénalités	1 157	1 577	36,3	3 049	++	3 061	2 671	-12,7
Cotisations prises en charge par l'Etat	83 075	99 863	20,2	102 208	2,3	102 208	113 913	11,5
CSG, autres contributions sociales, impôts et taxes	57 051	70 228	23,1	71 152	1,3	71 152	93 794	31,8
CSG brute	5 142	113	--	129	14,8	129	248	++
Contributions sociales	5 000	-43	--	-9	--	-9	0	--
Prélèvement social sur les revenus du capital	142	156	10,0	138	-11,5	138	248	++
Contribution UNOCAM et autres	20 882	29 522	41,4	30 927	4,8	30 927	19 872	-35,7
Impôts et taxes	136	0	--	0	0	0	0	0
Impôts en compensation d'exonérations	6 900	9 224	33,7	11 839	28,3	11 839	12 323	4,1
Taxes sur les tabacs	11 022	11 694	6,1	10 327	-11,7	10 327	579	--
TVA nette	596	2 082	++	-9	--	-9	0	--
CSSS et CSSSS	1 029	1 024	-0,5	984	-3,9	984	1 017	3,4
Taxes médicaments	1 193	1 280	7,3	2 225	++	2 225	2 418	8,7
Taxe de solidarité additionnelle	5	1 667	++	1 598	-4,1	1 598	1 692	5,9
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	0	2 325	3,082	32,6	3,082	3,082	1 814	-41,1
Taxe sur les salaires	0	227	--	882	++	882	28	--
Autres (y compris taxes sur les produits alimentaires)	-1 271	-823	-35,2	-977	18,7	-969	-1 383	42,8
Charges nettes liées au non recouvrement	-643	-614	-4,5	-764	24,4	-755	-993	31,6
Sur cotisations sociales	-360	-235	-34,6	-237	0,9	-237	-384	++
Sur CSG	-268	26	--	24	-9,9	24	-5	--
Sur impôts, taxes et autres contributions	3 704	2 835	-23,5	2 768	-2,4	2 768	2 563	-7,4
TRANSFERTS NETS	259	5	--	0	--	0	0	0
Compensations et transferts d'équilibrage	2 062	1 226	-40,5	1 259	2,7	1 259	1 238	-1,7
Autres transferts des régimes de base	262	-5	--	0	--	0	0	--
Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM	1 000	1 000	0,0	1 000	0,0	1 000	1 000	0,0
Transfert AT pour sous-déclaration des accidents du travail	582	2	--	32	++	32	1	--
Contribution des régimes aux fonds ONDAM (FAC, FICQS, FIR)	219	229	4,8	227	-1,2	227	236	4,2
Autres transferts (congé paternité, régime étudiants...)	1 383	1 604	16,0	1 508	-6,0	1 508	1 326	-12,1
Autres transferts	1 124	1 382	23,0	1 297	-6,1	1 297	1 239	-4,5
Contribution nette de la CNSA	194	201	3,6	186	-7,2	186	86	--
Autres transferts	65	21	--	24	17,8	24	0	--
Excédent de la CMU-C	3 215	3 860	20,0	4 108	6,4	4 112	4 117	0,1
AUTRES PRODUITS NETS	671	829	23,4	774	-6,6	774	804	3,3
Recours contre tiers net	910	821	-9,8	959	16,9	959	910	-5,1
Remboursements nets des soins des étrangers par le CLEISS	1 050	1 387	32,1	1 401	1,1	1 401	1 536	9,6
Remise conventionnelle sur médicaments et DM	197	228	15,6	250	9,7	250	250	0,0
Prestations indues à récupérer	22	9	--	88	++	88	98	11,0
Autres produits techniques nets	19	82	++	130	++	130	14	--
Produits financiers	258	360	39,3	398	10,6	398	398	0,0
Produits de gestion courante	88	147	++	107	-27,1	107	107	0,0
Produits exceptionnels	-5 756	-4 782	-16,6	-4 888	-2,2	-4 873	-466	9,5
RESULTAT NET	-5 756	-4 782	-16,6	-4 888	-2,2	-4 873	-466	9,5

Source : DSS/SDEPF/6A.

Note de lecture : l'évolution très forte des charges et des produits en 2016 résulte du passage en 2016 à une présentation des comptes de la protection universelle maladie (PUMA, cf. encadré 1). Pour une présentation détaillée de l'évolution des comptes de la branche maladie en 2016, hors effet lié à la PUMA, se reporter à la fiche 4.2 du rapport CCSS de juillet 2017.

Les recettes de la branche demeurerait très dynamiques

Les recettes seraient en hausse de 4,5%. La branche bénéficierait d'un apport net de recettes nouvelles de près de 2,0 Md€ (contribuant pour 1,0 point à la croissance des recettes) et d'une dynamique spontanée de ses recettes très favorable. La croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,9%) expliquerait 1,9 point de la croissance des recettes de la CNAM.

La structure des recettes a été largement affectée par la mesure en faveur du pouvoir d'achat des salariés. Le gain pour la branche du relèvement du taux de CSG de 1,7 point sur les revenus d'activité et de remplacement a été partiellement réduit par plusieurs mesures, dont la suppression de la cotisation salariale maladie, l'abaissement du taux de cotisation patronale pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, la quasi-annulation de la fraction de TVA nette affectée et la réaffectation d'une partie de la taxe sur les salaires à la CNAF. Le bilan de ces opérations reste néanmoins favorable à la CNAM, à hauteur de 2,3 Md€ en 2018¹. Ce gain permet de compenser le contre-coup de l'affectation en 2017 des sommes mises en réserves dans la section III du FSV (-0,9 Md€). Par ailleurs, la branche maladie bénéficie d'autres mesures dans le cadre de la LFSS pour 2018. Le relèvement du prix du tabac qui vise à augmenter progressivement le prix du paquet de cigarettes pour qu'il atteigne 10 € en 2020 générerait un rendement de +0,5 Md€ en 2018. Par ailleurs, le taux de cotisation patronale AT-MP a été abaissé de 0,1 point, au profit d'une hausse du taux de cotisation patronale maladie portant sur les salariés du secteur privé (+0,11 point, soit un rendement de +0,6 Md€). La branche bénéficie par ailleurs de 0,2 Md€ de part de TSA supplémentaire du fait de la réforme du financement du fonds CMU-C.

Les cotisations sociales diminueraient de 2,2% malgré la hausse du taux patronal, du fait des baisses de prélèvements en contrepartie de la hausse de la CSG (cf. fiche 1.1) ainsi que de la suppression de la cotisation étudiants (-0,2 Md€). Le dynamisme de la masse salariale du secteur privé (+3,9%) atténuerait ces effets baissiers.

Les cotisations prises en charge par l'Etat diminueraient fortement du fait de la suppression l'abattement de 7 points sur le taux de cotisation maladie.

La CSG serait très dynamique du fait de la hausse de taux ; elle bénéficierait en outre du dynamisme de la masse salariale et des pensions de retraite.

Les recettes fiscales diminueraient de plus d'un tiers. L'essentiel de cette baisse réside dans le transfert de TVA à l'ACOSS et à l'Etat qui s'accompagne de la diminution de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la branche. Elle ne serait que partiellement compensée par le relèvement des droits tabacs et de l'affectation d'une fraction supplémentaire de taxe de solidarité additionnelle, correspondant désormais au reliquat du rendement de ce prélèvement une fois déduit le montant nécessaire à l'équilibrage du fond CMU (affectataire prioritaire de cette taxe).

Enfin, les transferts reçus diminueraient du fait de la fin de prise en charge des cotisations des détenus par l'Etat.

¹ Une partie de ce gain provient toutefois de l'intégration dès les comptes 2017, conformément aux principes des droits constatés, d'une partie de la diminution de la clé de TVA affectée à la CNAM qui abaisse les produits à recevoir de la CNAM de 1,2 Md€ en 2017. Retraité de cet effet d'anticipation comptable, le solde des opérations pour la CNAM serait ramené à de 2,3 à 1,1 Md€.

Encadré 2 • Les écarts à la LFSS pour 2018

Le solde de la branche maladie du régime général prévu en LFSS pour 2018 s'établissait à -4,1 Md€ en 2017. Le compte définitif 2017 fait état d'un déficit de 4,9 Md€, en dégradation de 0,8 Md€ par rapport à la prévision. Cet écart ne se retrouverait pas en 2018 : il est prévu un déficit de 0,5 Md€ pour 2018, soit 0,3 Md€ d'amélioration par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018. L'effet de la perte constatée sur le produit à recevoir de TVA fin 2017 ne jouerait plus en 2018 (cf. encadré de la synthèse).

Le rendement des recettes assises sur les revenus d'activité a été plus élevé de 0,3 Md€ que ce qui était prévu pour 2017. Cette révision porte notamment sur le secteur privé en raison d'une croissance de la masse salariale du secteur privé supérieure à la prévision (3,5% contre 3,3% prévu).

L'écart constaté en 2017 augmenterait beaucoup en 2018 du fait d'une importante révision à la hausse, de 0,8 point, de l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privé. Cet effet serait toutefois légèrement atténué par une révision à la hausse de la dynamique des allègements généraux.

Le rendement des autres contributions et des recettes fiscales a été inférieur de 1,0 Md€ à la prévision pour 2017. Cette moins-value porte intégralement sur la TVA. L'effet du changement des clés en 2018, a pesé sur les comptes 2017 via les produits à recevoir à hauteur de -1,2 Md€, toutefois le rendement global a été sous-évalué, ce qui atténue la perte pour la ramener à -1,0 Md€. Le rendement de la CSG assise sur les revenus de remplacement s'est situé au-dessus de la prévision pour 0,1 Md€. Cet écart favorable disparaîtrait en 2018 compte tenu d'une légère révision à la baisse de rendement de la hausse du taux de CSG sur cette assiette.

Le rendement des taxes tabacs seraient moindres qu'attendu en 2018, du fait d'une progression de l'assiette revue à la baisse. En outre, la suppression de la cotisation étudiante adoptée après le vote de la LFSS pour 2018 dégrade les recettes de 0,2 Md€ en 2018.

S'agissant des dépenses, les prestations de la branche maladie ont été sous-estimées de 0,3 Md€ en 2017. L'écart porte intégralement sur les dépenses du champ de l'ONDAM (-0,3 Md€). La double comptabilisation, à tort, des charges hospitalières de Mayotte (-0,2 Md€), le relèvement des provisions pour exercice antérieur des soins des français à l'étranger ainsi que le reclassement de certaines dépenses de prestations indûment comptabilisées dans la branche ATMP augmentent en effet les charges comptables sans impact sur l'ONDAM. Seule la révision de l'imputation des dépenses AT-MP jouerait encore en 2018.

Par ailleurs, les prestations hors ONDAM seraient relevées en 2018 du fait de la prise en compte des actions de prévention du fonds de lutte contre le tabagisme.

Principaux écarts entre les soldes prévus pour la LFSS 2018 et les soldes actualisés

	<i>en milliards d'euros</i>	
	2017	2018 (p)
Solde LFSS 2018	-4,1	-0,7
Dépenses nettes dans le champ de l'ONDAM	-0,3	-0,1
Prestations sociales hors ONDAM	0,0	-0,1
Recettes sur revenus d'activité (cotisations & CSG)	0,3	0,8
CSG assise sur revenus de remplacement	0,1	-0,1
Taxes tabacs	0,0	-0,1
Recettes fiscales et autres contributions	-1,0	0,0
Autres	0,1	-0,2
Solde CCSS de juin 2018	-4,9	-0,5
Ecart à la LFSS 2017	-0,8	0,3

4.3 Les comptes de la branche AT-MP

L'excédent de la branche AT-MP est en hausse de près de 0,4 Md€ en 2017 et s'établit à 1,1 Md€ (cf. tableau 1). En 2018, il diminuerait pour s'établir à 0,8 Md€.

Malgré la baisse du taux de cotisation moyen, l'excédent de la CNAM-AT est en forte hausse en 2017

Des prestations stables et une réduction de la dotation au FIVA

Les dépenses de la CNAM-AT diminuent de 0,6% en 2017, soit un niveau proche de 2016 (-0,5%, cf. tableau 1). Si la diminution des prestations en était le principal facteur d'explication en 2016, c'est surtout la réduction de la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, cf. fiche 2.5) qui explique la baisse de 2017.

Les prestations sont globalement atones : les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM sont en légère hausse (+0,6%), alors que les autres prestations diminuent (-0,3%). A un niveau plus détaillé, les indemnités journalières sont dynamiques (+5,8%), tandis que les dépenses en établissements¹ et les soins de ville en nature² affichent une baisse.

Les prestations hors ONDAM poursuivent leur baisse (-0,3% après -1,5%). Cette réduction s'explique en premier lieu par la baisse tendancielle de l'allocation pour cessation anticipée d'activité, en lien avec la décrue du nombre de travailleurs ayant été exposés à l'amiante. Les rentes d'incapacité permanente poursuivent également leur recul en 2017 (-0,2% après -0,5% en 2016), en raison d'une diminution de la sinistralité (cf. fiche 2.5). En revanche, les actions de prévention financées par la branche, et plus particulièrement les aides financières simplifiées, ont fortement augmenté en 2017.

Encadré 1 • Vue d'ensemble des dépenses de la CNAM-AT

Les dépenses de la CNAM AT-MP sont constituées en premier lieu par les **prestations** : elles en constituent 75% en 2017.

Parmi elles, les prestations de soins intégrées au **périmètre de l'ONDAM** se distinguent des autres par leur dynamique plus forte. Les prestations dans le champ de l'ONDAM sont tirées par les indemnités journalières qui en constituent la majorité. Les prestations en nature ont progressé en revanche à un rythme modéré sur les années récentes.

En dehors du périmètre de l'ONDAM, la branche finance notamment des rentes servies aux victimes d'un accident du travail ou souffrant de maladies professionnelles. Ces rentes diminuent légèrement depuis 2014 du fait d'une diminution des effectifs de bénéficiaires. Cette diminution, comme la faible augmentation des prestations de soins en nature, s'inscrit dans un contexte global de réduction de la sinistralité. En effet, le nombre d'accidents de travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles a diminué de 2,3% en moyenne entre 2010 et 2016³.

La branche finance également des **prestations aux victimes de l'amiante** à travers deux fonds. Le FCAATA, dont les charges et les produits sont combinés dans les comptes de la branche, verse une allocation pour cessation anticipée d'activité (ACAATA) et prend en charge les cotisations aux régimes de retraite des personnes qui en sont bénéficiaires ainsi que leurs départs anticipés en retraite. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) reçoit une dotation de la branche.

La branche assure d'autres **transferts** : un versement à la CNAM destiné à couvrir le coût pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail (fixé à 1 Md€ depuis 2015), ainsi que des dotations d'équilibre des branches AT-MP du régime des salariés agricoles et du régime des mines. A partir de 2018, elle financera également le besoin de financement de la branche AT-MP du régime des marins, assuré auparavant par la branche maladie (LFSS pour 2018).

Enfin, en 2018, la branche reprend à sa charge les dépenses du **fonds pénibilité** ainsi que celle du fonds commun des accidents du travail (FCAT). En effet, l'ordonnance relative au compte professionnel de prévention prévoit d'une part la réforme concomitante du compte personnel de prévention de la pénibilité (devenu compte professionnel de prévention ou C2P) et du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente (« pénibilité 2010 »), et d'autre part le transfert à compter du 1^{er} janvier 2018 du financement du C2P à la branche AT-MP du régime général et du régime des salariés agricoles. Le financement du C2P va se traduire par un surcroît de dépenses d'actions de prévention, les salariés exposés à la pénibilité acquérant des points qu'ils peuvent utiliser pour se former ou travailler à temps partiel sans perte de rémunération, ainsi que par un surcroît de transfert à la CNAV, au titre de l'utilisation de points pour départ anticipé en retraite.

¹ La clé 2017 de répartition entre régimes du financement des charges hospitalières, basée sur la ventilation des dépenses hospitalières mesurées en 2016, fait état d'une baisse de la part de la CNAM-AT de 0,1 point.

² La baisse des soins de ville en nature pour la branche AT s'explique par un reclassement comptable de certaines charges AT en maladie (-0,07 Md€), pour tenir compte de certains remboursements de soins attribués à tort à la branche AT, dans le cas où l'assuré se voit refuser la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie postérieurement à la date de soins.

³ Cf. indicateur n°2 de l'annexe 1 du PLFSS 2018 consacré aux accidents du travail/maladies professionnelles.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNAM AT-MP

en millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2018(p)	%
CHARGES NETTES	11 858	11 800	-0,5	11 728	-0,6	12 001	2,3
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	8 811	8 759	-0,6	8 766	0,1	8 999	2,7
Prestations ONDAM nettes	3 847	3 868	0,6	3 890	0,6	4 032	3,7
Prestations exécutées en ville	3 321	3 381	1,8	3 474	2,8	3 600	3,6
Prestations en nature	534	536	0,3	464	-13,4	482	3,9
Indemnités journalières	2 787	2 846	2,1	3 011	5,8	3 118	3,6
Prestations exécutées en établissements	524	485	-7,4	414	-14,7	431	4,1
Etablissements sanitaires publics	382	352	-8,0	289	-17,9	303	4,7
Etablissements médico-sociaux	36	30	-17,1	24	-20,1	24	1,9
Cliniques privées	106	104	-2,3	101	-2,4	104	3,1
Soins des français à l'étranger	2	2	-22,8	1	-10,5	1	0,6
Prestations hors ONDAM nettes	4 965	4 891	-1,5	4 877	-0,3	4 967	1,9
Prestations d'incapacité permanente	4 325	4 305	-0,5	4 295	-0,2	4 341	1,1
Allocations ACAATA	434	388	-10,7	351	-9,4	316	-9,9
Actions de prévention du compte personnel de prévention (C2P)	0	0		0		97	
Autres prestations (dont actions de prévention du FNPAT)	205	198	-3,3	231	16,3	213	-7,8
TRANSFERTS NETS	2 145	2 165	1,0	2 058	-5,0	2 104	2,2
Transferts avec d'autres régimes de base	1 658	1 637	-1,2	1 678	2,5	1 718	2,4
Transfert d'équilibrage partiel	424	401	-5,4	397	-1,0	439	10,4
Prise en charge de cotisations au titre de l'ACAATA	97	87	-10,7	78	-10,0	71	-9,6
Prises en charge de prestations	136	149	9,3	203	++	208	2,8
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité et de l'amiante	118	136	15,1	192	++	208	8,4
Reversement au FCAT par la CNAMTS	18	13	-28,9	10	-18,1	0	--
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	1 000	1 000	0,0	1 000	0,0	1 000	0,0
Transfert avec des fonds	403	453	12,5	302	--	326	7,9
Fonds amiante (FIVA)	380	430	13,2	250	--	270	8,0
FIR, fonds ONDAM et autres fonds	23	23	0,7	52	++	56	7,4
Transferts avec les complémentaires (PEC cotisations ACAATA)	84	76	-10,5	77	2,4	60	-22,3
CHARGES DE GESTION COURANTE	894	869	-2,9	893	2,8	893	0,0
Dépenses de GA propres	849	822	-3,3	845	2,9	854	1,1
Transfert FNGA	45	47	4,7	48	1,0	38	-19,3
AUTRES CHARGES NETTES	7	7	-10,6	11	++	5	--
Charges techniques diverses	2	1	--	1	13,5	1	0,0
Charges financières	0	1	++	7	++	1	--
Charges exceptionnelles	5	5	-10,5	3	--	3	0,0
PRODUITS NETS	12 607	12 562	-0,4	12 858	2,4	12 847	-0,1
COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES NETS	12 300	12 157	-1,2	12 468	2,6	12 424	-0,3
Cotisations sociales brutes	12 251	12 318	0,5	12 693	3,0	12 620	-0,6
Cotisations sociales salariés	12 216	12 276	0,5	12 645	3,0	12 570	-0,6
Secteur privé	11 635	11 748	1,0	12 104	3,0	12 030	-0,6
Secteur public	388	361	-6,9	387	7,0	395	2,1
EPM	194	167	-13,9	154	-7,5	146	-5,4
Autres cotisations sociales	5	6	21,3	8	28,0	8	0,0
Majorations et pénalités	30	36	20,4	40	12,7	42	3,9
Cotisations prises en charge par l'État nettes	96	106	10,7	44	--	45	2,8
Impôts et taxes	37	35	-4,9	0	--	0	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-84	-302	++	-270	-10,8	-241	-10,6
Sur cotisations sociales	-84	-302	++	-270	-10,8	-241	-10,6
Sur impôts, taxes et autres contributions	0	0	--	0	--	0	--
TRANSFERTS NETS	3	8	++	12	++	23	++
Transferts divers entre régimes de base	0	6	++	10	++	10	0,0
Prestations prises en charge par la CNSA	3	1	--	1	5,5	13	++
AUTRES PRODUITS NETS	305	398	++	378	-4,8	400	5,6
Remboursement au CLEISS	12	6	--	10	++	10	0,0
Recours contre tiers nets	256	351	++	332	-5,3	349	5,0
Autres produits techniques nets	4	6	++	1	--	8	++
Produits financiers	1	1	11,5	2	++	0	--
Produits de gestion courante	22	23	2,8	25	11,0	25	0,0
Produits exceptionnels	9	11	22,3	8	-29,9	8	0,0
RESULTAT NET	750	762		1 130		846	

Source : DSS/SDEPF/6A.

La baisse des transferts versés (-5,0%) reflète la moindre dotation au FIVA en 2017. Elle permet d'absorber la hausse de la prise en charge par la CNAM-AT du surcroît de dépenses de pensions versées par la CNAV, lié aux départs anticipés au titre de la pénibilité et de l'amiante.

Après avoir légèrement diminué en 2016, les produits sont repartis à la hausse en 2017

En 2017, les produits ont progressé de 2,4%. Les cotisations sociales, qui représentent l'essentiel des recettes de la branche, ont augmenté de 3,0% contribuant pour 3 points à la croissance des recettes (cf. tableau 2). Elles progressent à un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé (+3,3%), en raison de la réduction du taux de cotisation moyen (-0,06 point, soit un taux moyen en 2017 de 2,32%), représentant une baisse de 0,3 Md€ des recettes de cotisations. L'effet de cette baisse de taux a toutefois été atténué par la diminution des exonérations imputées sur la branche d'une part (cf. fiche 1.5) et la modification des règles de calcul des taxations d'office d'autre part.

En effet, une modification des clés de répartition entre branches des exonérations cumulables avec les allègements généraux (dont l'exonération heures supplémentaires) a été opérée en 2017 (ainsi que rétroactivement pour 2016 mais avec effet sur les comptes 2017). Cette modification visait à éviter que le cumul des dispositifs ne conduise à comptabiliser dans certains cas particuliers des montants d'exonérations supérieurs aux cotisations dues à la branche AT-MP. Elle s'est traduite par une diminution de 0,07 Md€ des exonérations imputées sur la branche, mais est sans impact sur les soldes des branches puisque des ajustements symétriques ont été opérés sur la répartition des compensations de ces exonérations par l'Etat.

La modification des règles de calcul des taxations d'office (cf. fiche 1.5) a augmenté le niveau des cotisations. Toutefois, elle n'améliore pas globalement les produits nets puisque ces produits supplémentaires ont été intégralement provisionnés. Cet effet haussier sur les provisions est plus que compensé par une baisse des provisions pour litiges. Ainsi les charges liées au non recouvrement sont en baisse en 2017 et contribuent pour 0,3 point à la progression des recettes nettes de la CNAM-AT.

Enfin, la LFSS pour 2017 a affecté à la CNAM la quasi-totalité du produit des taxes tabac. Le FCAATA, consolidé dans les comptes de la CNAM-AT, n'en est donc plus attributaire (pour mémoire, il en bénéficiait à hauteur de 35 M€ en 2016).

En 2018, le solde de la CNAM-AT se dégraderait de 280 M€

Les dépenses progresseraient de 2,3% portées par les prestations ONDAM et les nouvelles dépenses liées au compte personnel de prévention

En 2018, les charges de la CNAM-AT repartiraient à la hausse (+2,3%), tirées par des charges ONDAM plus dynamiques (+3,7%). Cette accélération s'explique principalement par une poursuite de la dynamique des indemnités journalières, qui progresseraient de 3,6%.

Les prestations hors ONDAM augmenteraient de 1,9%, notamment en raison des actions de prévention issues du compte C2P (cf. encadré 1). Ces nouvelles dépenses étaient auparavant financées par le fonds pénibilité *via* une cotisation dédiée. Suite à la suppression de ce fonds, les charges qu'il assumait ont été transférées à la CNAM-AT. La progression des rentes d'incapacité permanente repartirait à la hausse (+1,1%), en raison d'une inflation plus forte, jouant à la hausse sur la revalorisation annuelle des prestations (+0,8% en moyenne annuelle). Enfin, l'intégration aux comptes de la CNAM-AT des dépenses du fonds commun des accidents du travail (FCAT) par la LFSS pour 2018 et une stabilisation des volumes de bénéficiaires expliqueraient au total 0,3 point de la progression de ces dépenses (cf. fiche 2.5).

En 2018, les transferts poursuivraient leur progression (+2,4%), conséquence de l'équilibrage, prévu par la LFSS à compter de cet exercice, du risque AT-MP du régime des marins par la branche AT-MP du régime général et non plus par la branche maladie.

Une nouvelle baisse du taux de cotisation freinerait la progression des produits de la branche

Les produits de cotisations sociales diminueraient de 0,6%, compte tenu de la baisse du taux de cotisation AT. Ce dernier a été réduit en LFSS 2018 de 0,1 point, conduisant à un taux moyen de 2,22%. Cette baisse de taux de cotisation a eu pour contrepartie une hausse du taux de cotisation maladie.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et des produits nets

	En points			
	2015	2016	2017	2018(p)
Charges nettes	1,8	-0,5	-0,6	2,3
Prestations sociales nettes	0,6	-0,4	0,1	2,0
Prestations ONDAM	1,1	0,2	0,2	1,2
Prestations d'incapacité permanente	-0,1	-0,2	-0,1	0,4
Allocations ACAATA	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
Actions de prévention du compte personnel de prévention (C2P)	0,0	0,0	0,0	0,8
Autres prestations	0,0	-0,1	0,3	-0,2
Transferts versés	1,2	0,2	-0,9	0,4
Transfert d'équilibrage (yc FCAT)	-0,3	-0,2	-0,1	0,3
Cotisations au titre de l'ACAATA (yc complémentaires)	-0,2	-0,2	-0,1	-0,2
Sous-déclaration des AT	1,8	0,0	0,0	0,0
Pénibilité et amiante	0,3	0,2	0,5	0,1
FIVA	-0,5	0,4	-1,5	0,2
Charges de gestion courante	0,0	-0,2	0,2	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,3	0,0
Produits nets	2,1	-0,4	2,4	-0,1
Cotisations sociales	1,5	0,5	3,0	-0,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,8	0,1	-0,5	0,0
Impôts, taxes et contributions sociales	-0,6	0,0	-0,3	0,0
Charges liées au non-recouvrement	0,3	-1,7	0,3	0,2
Recours contre tiers	0,2	0,7	-0,1	0,1
Autres produits nets	-0,1	0,0	0,0	0,1

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 2 • Ecart à la LFSS pour 2018

Le solde définitif 2017 s'est établi à 1 Md€, en amélioration de 0,1 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2018. Les prestations servies par la branche (ONDAM et hors ONDAM) ont en effet été moins dynamiques qu'attendu (0,1 Md€). Ainsi, un reclassement de 0,07 Md€ a été effectué entre la branche AT et la branche maladie, pour tenir compte du décalage dans le temps de la non reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

En 2018, la révision du cadrage macro-économique sous-jacent aux prévisions actuelles (notamment, la masse salariale du secteur privé est revue à la hausse de 0,8 point) conduit à majorer les produits de cotisations de 0,2 Md€ par rapport à la LFSS. Les autres effets constatés à la clôture des comptes 2017 demeureraient en base en 2018. Enfin, le transfert au titre de la pénibilité et de l'amiante est revu à la baisse par rapport à la LFSS pour 2018.

Tableau 3 • Décomposition des principaux écarts à la trajectoire de la LFSS pour 2018 (M€)

	2017	2018(p)
Solde LFSS 2018	1,0	0,4
Prestations ONDAM	0,1	0,2
Prestations hors ONDAM	-0,02	0,01
Cotisations sociales nettes (yc cotisations prises en charge par l'Etat)	0,0	0,2
Autres	-0,01	0,04
Solde actualisé CCSS juillet 2018	1,1	0,8
Ecart au solde précédent	0,1	0,4

4.4 Les comptes de la branche vieillesse

En 2017, l'excédent de la CNAV a doublé, pour atteindre 1,8 Mde

Le solde de la CNAV s'est amélioré de 0,9 Md€ par rapport à 2016 en raison d'une progression contenue de ses dépenses (+1,6%), couplée à une augmentation plus marquée de ses recettes (+2,4%).

La croissance des dépenses de la CNAV est restée modérée sous les effets de la réforme de 2010 et d'une revalorisation des pensions faible

Les charges de la CNAV ont progressé de 1,6% en 2017, en ralentissement par rapport à 2016 où elles avaient augmenté de 1,9%. Cette évolution résulte intégralement des dépenses de prestations qui ont ralenti dans les mêmes proportions : elles ont augmenté de 1,8% en 2017, après 2,1% en 2016.

Le net fléchissement de l'effet volume explique l'évolution des prestations. Il s'explique par la fin de montée en charge du relèvement de l'âge légal qui a entraîné des creux de départs importants en fin d'année 2016, minorant les évolutions en moyenne annuelle des prestations versées en 2017 (cf. fiche 2.6). La revalorisation des pensions de 0,8% au 1^{er} octobre 2017 joue peu sur l'évolution en moyenne annuelle des pensions. La revalorisation des pensions ayant été nulle au 1^{er} octobre 2016, l'effet de la revalorisation des pensions en moyenne annuelle n'a été que de 0,2% en 2017.

Les prestations versées au titre de la retraite anticipée ont connu un pic en 2017 (+20%), suite aux assouplissements des conditions de départ en retraite anticipée, découlant principalement du décret du 2 juillet 2012 mais aussi de la réforme des retraites de 2014 (cf. fiche 2.6) ; le coût de ces élargissements est estimé à 1,5 Md€ en 2017 (par rapport à un scénario hors réforme).

Les transferts versés en 2017 diminuent à nouveau de 1,7%. Cela résulte de moindres charges versées au titre de la compensation démographique (-0,2 Md€), qui découlent de l'amélioration relative du ratio démographique des régimes de travailleurs non-salariés (cf. fiche 5.3 du rapport CCSS septembre 2017).

Le dynamisme des cotisations sociales est fortement atténué par le transfert de recettes fiscales à la branche maladie

Les produits de la CNAV ont progressé de 2,4% en 2017. Le dynamisme des cotisations sociales (+5,1%) a porté la croissance des recettes alors même que la CNAV a perdu par ailleurs près de 1,5 Md€ d'autres recettes (cf. encadré 1).

Les cotisations sociales, qui représentent près des deux tiers des recettes, ont augmenté de 5,1% en 2017, contribuant pour 3,2 points à l'évolution globale des produits (cf. tableau 2). Elles sont soutenues par le dynamisme de la masse salariale du secteur privé (+3,5%), le relèvement de 0,1 point des taux de cotisations dé plafonnées en application de la loi retraite du 20 janvier 2014, et par la forte hausse des produits appelés en taxation d'office (cf. fiche 1.5). Ce dernier effet ne pèse pas sur les produits nets car il fait l'objet d'un surcroît de charges liées au non recouvrement.

Les prises en charge d'exonérations par l'Etat ont quasiment doublé du fait d'exonérations nouvellement compensées. Les recettes tirées des impôts, taxes et autres contributions sociales affectés à la CNAV se sont en revanche fortement réduites (-0,5 Md€), infléchissant les recettes à hauteur de 0,4 point. Le dynamisme des assiettes du forfait social et de la taxe sur les salaires est plus que compensé par les réaffectations de recettes fiscales défavorables à la CNAV ainsi que par la perte de recettes résultant de l'instauration d'un crédit d'impôt (CITS) finalement non compensé en application d'une disposition de LFSS pour 2018.

La diminution des transferts reçus (-2,7%) est également une conséquence des réaffectations de recettes de la LFSS pour 2017. En effet, le financement par le FSV d'une partie du minimum contributif est progressivement supprimé. De plus, la réaffectation des droits de consommation sur les tabacs de la branche vieillesse des salariés agricoles à la branche maladie explique la forte diminution du transfert d'équilibre reçu de cette branche.

Toutefois, ces baisses ont été atténuées par l'augmentation des prises en charge de cotisations par le FSV, surtout au titre de la maladie et du chômage, soutenue par la hausse de la cotisation forfaitaire et des effectifs pris en charge (cf. fiche 4.6).

Tableau 1 • Evolution des charges et produits nets

en millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2017 pro forma	2018 (p)	%
CHARGES NETTES	120 463	122 808	1,9	124 804	1,6	129 830	133 712	3,0
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	110 911	113 382	2,2	115 510	1,9	123 056	126 627	2,9
Prestations légales nettes	110 635	113 089	2,2	115 210	1,9	122 685	126 234	2,9
Prestations légales « vieillesse »	110 584	112 930	2,1	115 010	1,8	122 462	126 035	2,9
Droits propres	99 920	102 190	2,3	104 227	2,0	110 579	114 001	3,1
Avantages principaux hors majorations	94 050	96 286	2,4	98 300	2,1	104 339	107 565	3,1
Retraite anticipée	2 406	2 788	15,9	3 336	19,7	3 509	3 364	-4,1
Age légal ou plus	78 566	80 395	2,3	81 877	1,8	86 970	90 099	3,6
Pension inaptitude	6 466	6 358	-1,7	6 244	-1,8	6 868	6 869	0,0
Pension invalidité	6 406	6 513	1,7	6 576	1,0	6 725	6 952	3,4
Départs dérogatoires pour pénibilité et amiante	205	232	13,2	266	14,8	266	280	5,2
Minimum vieillesse	2 201	2 194	-0,3	2 185	-0,4	2 228	2 341	5,1
Majorations	3 669	3 709	1,1	3 742	0,9	4 013	4 096	2,1
Droits dérivés	10 645	10 738	0,9	10 786	0,4	11 886	12 037	1,3
Divers	19	2	--	-3	--	-3	-3	0,1
Prestations légales « veuvage »	56	53	-3,7	53	0,0	53	53	0,0
Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances	-5	105		146		169	146	
Prestations extralégales nettes	275	293	7	301	2,5	372	393	5,8
TRANSFERTS NETS	8 189	8 050	-1,7	7 915	-1,7	5 116	5 430	6,1
Transferts entre régimes de base	8 145	8 050	-1,2	7 915	-1,7	5 116	5 430	6,1
Transferts de compensation démographique	4 985	4 733	-5,0	4 545	-4,0	3 055	3 350	9,7
Transferts d'équilibrage	1 249	1 420	13,7	1 417	-0,3	107	95	-10,8
dont RSI	1 105	1 300	17,6	1 309	0,7	0	0	-
Transferts de cotisations avec les régimes spéciaux	263	252	-3,9	266	5,4	266	250	-6,1
Transferts d'adossement entre la CNAV et la CNIEG	1 626	1 646	1,2	1 665	1,1	1 665	1 735	4,2
Autres transferts nets	22	-2	--	23	--	23	0	--
Transferts des régimes de base avec les fonds	45	0	--	0	--	0	0	-
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 315	1 329	1,1	1 339	0,7	1 610	1 618	0,5
AUTRES CHARGES NETTES	48	47	-2	39	-17,1	48	36	-23,3
PRODUITS NETS	120 149	123 691	2,9	126 601	2,4	131 627	135 045	2,6
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS ET IMPÔTS NETS	90 047	93 343	3,7	97 069	4,0	101 669	105 556	3,8
Cotisations sociales brutes	75 081	77 470	3,2	81 387	5,1	85 938	88 996	3,6
Cotisations sociales des actifs	74 409	76 773	3,2	80 659	5,1	85 144	88 188	3,6
Autres cotisations sociales	482	468	-2,9	473	1,0	477	477	0,0
Majorations et pénalités	190	229	20,4	256	11,7	318	330	3,9
Cotisations prises en charge par l'État brutes	1 048	1 165	11,3	1 940	++	2 081	2 259	8,5
Contributions sociales diverses	5 613	5 416	-3,5	5 907	9,1	5 907	6 125	3,7
Forfait social	4 021	5 242	30,4	5 495	4,8	5 495	5 696	3,7
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	200	191	-4,3	407	++	407	405	-0,4
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	635	-7	--	0	--	0	0	--
Prélèvement social sur les revenus des placements	757	-11	--	-5	--	-5	0	--
Autres cotisations et contributions sociales diverses	0	0	-	9	-	9	24	++
Impôts et taxes bruts	8 920	9 750	9,3	8 790	-9,8	8 790	9 217	4,8
Impôts et taxes affectés en compensation des exonérations	9	0	--	0	++	0	0	--
Taxe sur les salaires	7 043	8 258	17,2	5 207	-36,9	5 207	5 518	6,0
C.S.S.S.	1 868	1 492	-20,1	3 584	++	3 584	3 672	2,5
Autres impôts et taxes	0	0	--	0	--	0	27	-
Charges liées au non-recouvrement	-615	-459		-956		-1 047	-1 040	
- sur autres recettes fiscales	-5	7		-25		-25	0	
- sur cotisations	-610	-465		-931		-1 022	-1 040	
+ reprises sur provisions sur cotisations	18	96		0		150	0	
- dotations aux provisions sur cotisations	-94	-19		-352		-461	-355	
- pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations	-535	-543		-579		-711	-684	
TRANSFERTS NETS	29 870	30 071	0,7	29 249	-2,7	29 620	29 180	-1,5
Transferts entre régimes de base	11 440	11 782	3,0	11 544	-2,0	11 737	11 880	1,2
Transferts d'équilibrage	608	735	20,9	385	-47,7	385	539	40,2
MSA- Salariés	589	695	18,1	325	--	325	479	47,6
Mayotte	20	40	++	60	++	60	60	0,0
Prises en charge de cotisations	5 174	5 155	-0,4	5 170	0,3	5 170	5 050	-2,3
Cotisations au titre de l'AVPF	5 077	5 068	-0,2	5 092	0,5	5 092	4 979	-2,2
Autres prises en charge de cotisations	98	87	-10,7	78	-10,0	78	71	-9,6
Prises en charge de prestations	4 062	4 131	1,7	4 228	2,4	4 421	4 521	2,3
Au titre de l'incapacité permanente et de l'amiante	118	136	15,1	192	41,3	192	208	8,4
Au titre des majorations pour enfants	3 944	3 995	1,3	4 036	1,0	4 229	4 313	2,0
Transferts de cotisations avec les régimes spéciaux	128	265	++	243	-8,4	243	234	-3,7
Au titre des affiliations rétroactives des militaires (FPE)	42	186	++	189	1,4	189	180	-4,7
Autres	87	78	-9,9	54	-31,5	54	54	0,0
Transferts d'adossement entre la CNAV et la CNIEG	1 467	1 496	2,0	1 518	1,5	1 518	1 536	1,2
Transferts des régimes de base avec les fonds	18 419	18 280	-0,8	17 697	-3,2	17 875	17 292	-3
Prises en charge de cotisations par le FSV	12 678	12 854	1,4	13 190	2,6	13 245	13 254	0,1
Au titre du chômage	10 871	11 045	1,6	11 327	2,6	11 327	11 226	-0,9
Au titre de la maladie	1 475	1 555	5,4	1 632	5,0	1 685	1 750	3,8
Au titre du service national	24	26	7,8	28	5,9	30	30	1,1
Autres (stagiaires formation professionnelle, apprentis)	307	228	-25,6	203	-11,0	203	248	21,9
Prises en charge de prestations par le FSV	5 741	5 416	-5,7	4 503	-16,9	4 626	4 035	-13
Au titre du minimum vieillesse	2 310	2 295	-0,6	2 275	-0,9	2 325	2 445	5,1
Au titre du minimum contributif	3 400	3 093	-9,0	2 228	-28,0	2 301	1 590	-30,9
Au titre des majorations de pensions	31	28	-9,4	0	--	0	0	-
Autres transferts	0	10	--	4	--	4	4	0,0
Autres transferts	12	9	-18,7	8	-13,5	8	8	0,0
AUTRES PRODUITS NETS	232	276	18,9	284	2,8	338	309	-8,5
RÉSULTAT NET	-314	883		1 797		1 797	1 334	

Source : DSS/SDEPF/6A - CNAV

Encadré 1 • Impact du pacte de responsabilité sur les comptes de la CNAV en 2017

Après plusieurs modifications intervenues en 2015 et 2016, la structure des recettes de la CNAV est à nouveau modifiée par la LFSS pour 2017.

Afin de compenser les pertes de recettes engendrées par la montée en charge des mesures de la seconde phase du pacte de responsabilité, l'Etat prend dorénavant en charge des exonérations jusqu'ici non compensées (0,8 Md€ pour la CNAV). Par ailleurs, les transferts diminuent en raison de l'extinction progressive du remboursement par le FSV d'une partie du minimum contributif aux régimes de base (-1,0 Md€ en 2017). A cela s'ajoute une nette diminution de l'excédent de la branche vieillesse des salariés agricoles reversé à la CNAV du fait de l'intégration financière. Cette diminution résulte de l'affectation dorénavant intégrale à la CNAM des produits des taxes sur le tabac dont elle bénéficiait jusqu'alors (-0,4 Md€). Enfin, les transferts de recettes fiscales et contributions sociales entre branches ont conduit à minorer de plus de 20 points la fraction de taxe sur les salaires de la CNAV (-3,1 Md€). Cette perte est partiellement compensée par l'affectation de la totalité de la CSSS et les prélèvements sur les retraites chapeau (+2,4 Md€).

Globalement, cette troisième phase du pacte a diminué les produits de la branche de 1,5 Md€ au profit de la branche maladie. Pour une vision d'ensemble du bilan financier du pacte de responsabilité, se reporter à la fiche 3.1.

Un excédent de 1,3 Md€ en 2018, en repli de 0,4 M€ par rapport à 2017

Les comptes 2018 du régime général comprennent l'intégration des indépendants auparavant affiliés au RSI ; afin d'assurer la comparabilité des exercices, le tableau 1 intègre une colonne « proforma » consolidant les comptes de la CNAV et du RSI pour 2017 (cf. fiche 4.8 pour une présentation des comptes du RSI jusqu'en 2017).

La fin du décalage de l'âge légal de départ en retraite et une plus forte revalorisation des pensions conduiraient à des dépenses plus dynamiques

Les dépenses de la branche vieillesse du régime général connaîtraient un rebond en 2018 (+3,0%). Cette hausse s'expliquerait quasi exclusivement par les prestations sociales qui y contribueraient pour 2,8 points.

Le dynamisme des masses de pensions s'expliquerait en premier lieu par la fin du décalage de l'âge légal de départ en retraite : à partir de 2018, il sera de 62 ans pour la première génération entière, celle née en 1956, et les flux de départ ne seront désormais plus freinés à ce titre (cf. encadré 2 de la fiche 2.6). A cet effet s'ajoute une revalorisation des pensions en moyenne annuelle qui sera elle aussi plus élevée (+0,6%), du fait d'une inflation plus forte et en dépit du décalage de la revalorisation du 1^{er} octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019 qui en modère l'effet (cf. encadré 1 de la fiche 2.6).

Enfin, les transferts versés contribueraient pour 0,2 point à la croissance des dépenses. Cette hausse est uniquement portée par la contribution de la CNAV à la compensation démographique : elle augmenterait sous l'effet de la dégradation du ratio démographique des principaux contributeurs (CNAVPL, FPE civils, et CNRACL).

Les recettes bénéficieraient du contexte économique favorable

En 2018, les recettes progresseraient de 2,6%. Les produits de cotisations augmenteraient légèrement moins vite (+3,6%) que la masse salariale du secteur privé (+3,9%), du fait notamment d'une moindre progression de la masse salariale plafonnée (+3,5%). De plus, ils ne bénéficieraient plus des hausses de taux dont la montée en charge est désormais achevée. Après une hausse de 5,1% en 2017, les cotisations seraient donc ralenties mais contribueraient encore pour 2,3 points à l'évolution des produits en 2018.

Les contributions, impôts et taxes augmenteraient également fortement (4,4%), contribuant pour 0,5 point à la hausse des produits, en raison de la bonne tenue des assiettes du forfait social et de la CSSS notamment, mais aussi compte tenu du contrecoup de la non compensation du CITS en 2017, la compensation du CITS restant prévue dans le cadre de ce compte tendanciel.

Les transferts reçus poursuivraient la tendance constatée en 2017 et diminueraient de 1,5% en 2018. Cette baisse découle à nouveau de la réforme du financement du minimum contributif, qui ralentirait les produits à hauteur de 0,5 point. Les prises en charge de cotisations au titre du chômage diminueraient elles aussi (-1,0%), en raison du recul de 1,8% des effectifs de chômeurs concernés, qui fait plus que compenser la hausse de 1,2% de la cotisation de référence. Enfin, le transfert d'équilibrage en provenance du régime des salariés agricoles augmenterait, contribuant pour 0,1 point à l'évolution des produits.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	en points		
	2016	2017	2018 (p)
CHARGES NETTES	1,9	1,6	3,0
Prestations sociales nettes	2,1	1,7	2,8
Droits propres (hors retraite anticipée)	1,6	1,2	2,7
Retraite anticipée	0,3	0,4	-0,1
Droits dérivés	0,1	0,0	0,1
Autres prestations (veuvage, divers, extralégales)	0,1	0,0	0,0
Transferts nets	-0,1	-0,1	0,2
Transfert de compensation démographique	-0,2	-0,2	0,2
Transfert d'équilibrage RSI	0,2	0,0	
Autre transferts	-0,1	0,0	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0
PRODUITS NETS	2,9	2,4	2,6
Cotisations sociales brutes	2,0	3,2	2,3
Cotisations sociales prises en charge par l'Etat	0,1	0,6	0,1
Contributions sociales, impôts et taxes bruts	0,5	-0,4	0,5
Forfait social	1,0	0,2	0,2
Prélèvements sociaux sur les revenus du capital	-1,2	0,0	0,0
Taxe sur les salaires	1,0	-2,5	0,2
CCSS	-0,3	1,7	0,1
Autres	0,0	0,2	0,0
Charges liées au recouvrement	0,1	-0,4	0,0
Transferts nets	0,2	-0,7	-0,3
Transfert d'équilibrage MSA	0,1	-0,3	0,1
Cotisations prises en charge (AVPF)	0,0	0,0	-0,1
Transferts de cotisations avec la FPE au titre des militaires	0,1	0,0	0,0
Prises en charge de cotisations par le FSV	0,1	0,3	0,0
Prises en charge de prestations par le FSV	-0,3	-0,7	-0,4
Autres transferts	0,1	0,1	0,1
Autres produits nets	0,0	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 2 • Les écarts à la LFSS pour 2018

La trajectoire de la LFSS pour 2018 prévoyait un excédent de la CNAV de 1,3 Md€ en 2017. Le compte clos fait finalement état d'un excédent de 1,8 Md€, soit une amélioration de 0,5 Md€ par rapport à la prévision. La prévision 2018, qui s'établissait à 0,2 Md€ en LFSS pour 2018, est nettement révisée à la hausse (1,3 Md€, soit +1,1 Md€).

Dès 2017, cette révision tient essentiellement à des recettes assises sur les revenus d'activité plus dynamiques qu'anticipé. En effet, la masse salariale du secteur privé s'est avérée plus dynamique qu'attendu en 2017 (+3,5% contre une prévision de +3,3%), une révision à la hausse qui se retrouve aussi en 2018 (+3,9% contre 3,1% prévu en LFSS pour 2018). Au total, le surplus de recettes pour la CNAV s'est élevé à 0,4 Md€ en 2017 ; pour 2018, il atteindrait +1,4 Md€. De même, le forfait social et la taxe sur les salaires ont connu un meilleur rendement qu'anticipé ; au total, les contributions sociales et recettes fiscales ont été plus élevées de 0,14 Md€ en 2017.

Les prestations légales versées par la CNAV ont été proches du niveau prévu à l'automne. En revanche, la comptabilisation d'une provision destinée à couvrir des rappels de dépenses qui seront versées au cours de l'année 2018 a majoré les charges de 0,13 Md€. Cette provision – et donc l'écart constaté en 2017 – se reporterait sur les comptes 2018 (+0,1 Md€).

Les calculs définitifs 2016 de compensation démographique, qui ont lieu postérieurement à la construction des agrégats de la LFSS, ont été révisés de près de 0,1 Md€ au profit de la CNAV en 2017.

Enfin, les prises en charge de cotisations reçus du FSV ont été révisées à la baisse. Pour 2017, l'annulation du versement par le FSV des prises en charges au titre des apprentis du fait de la régularisation d'un trop-versé datant de 2015 a conduit à minorer les produits reçus par la CNAV de près de 0,1 Md€. Pour 2018, cette prise en charge a été revue à la baisse ainsi que le transfert au titre du chômage. En effet, les effectifs de chômeurs ont été révisés à la baisse (-1,8% contre +0,1% attendu en LFSS pour 2018), conduisant à réduire le transfert reçu par la CNAV de -0,23 Md€ en 2018.

Effet sur le solde (en Md€)	2017	2018 (p)
Solde LFSS 2018	1,26	0,24
Prestations légales nettes	-0,11	-0,10
Gestion administrative	0,00	-0,03
Cotisations sociales	0,42	1,40
Contributions sociales et recettes fiscales	0,14	0,04
Charge de compensation démographique nette	0,07	0,08
Prises en charge de cotisations FSV	-0,10	-0,29
Autres	0,11	-0,01
Solde CCSS juin 2018	1,80	1,33
Ecart à la prévision LFSS	0,54	1,09

Source : DSS/SDEPF/6A.

4.5 Les comptes de la branche famille

La mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité, dont la montée en charge est étalée entre 2015 et 2017, a fortement modifié la structure des charges et des produits de la branche. Les baisses de taux de cotisation famille ont eu pour contrepartie le transfert progressif à l'Etat en 2015 et 2016 de la quasi-totalité de la dépense d'aide au logement initialement à la charge de la CNAF, soit près de 9 Md€, et des frais de tutelle des majeurs, réduisant de manière importante le périmètre des recettes et des dépenses de la branche. A partir de 2017, le périmètre des dépenses de la CNAF n'est plus modifié ; cependant, des mesures de périmètre sur les recettes, en particulier en compensation des baisses de taux de cotisation intervenus au cours de l'année 2016, continuent à peser sur les évolutions 2016-2017. Pour une présentation détaillée de l'ensemble des effets du pacte de responsabilité, se reporter à la fiche 3.1.

En 2017, le déficit de la branche famille s'est sensiblement réduit

Le solde la branche famille s'établit à -0,2 Md€ en 2017, en amélioration de 0,8 Md€ par rapport à 2016. Les produits ont gagné 2,4%, soutenus par la conjoncture économique favorable. Parallèlement, les charges n'ont progressé que modérément (+0,7%).

La dépense de prestations légales se rapproche de la stabilité après deux années de baisse

L'ensemble des prestations sociales de la CNAF a progressé de 0,7% en 2017. Cette évolution résulte de deux dynamiques contraires. D'une part, les prestations légales servies par le fonds national des prestations familiales (FNPF) ont légèrement baissé (-0,2%), principalement du fait du moindre recours au congé parental (cf. fiche 2.7). La revalorisation automatique des prestations, faible en raison de l'inflation atone, ainsi que les mesures de revalorisation exceptionnelles du plan de lutte contre la pauvreté n'ont pas suffi à compenser cette baisse. D'autre part, les prestations extralégales, qui financent notamment les modes de garde collectifs, ont progressé de manière significative (+6,3%), contribuant pour 0,6 point à l'évolution globale des dépenses.

Les transferts versés sont demeurés stables (+0,1%). En revanche, les charges de gestion administratives ont progressé de 2,3%, sous l'effet d'un ajustement technique à la hausse de ces dépenses pour la branche famille du régime agricole¹.

Les recettes de la CNAF ont progressé de 2,4%

Les recettes de la branche famille sont encore affectées par les baisses de cotisations décidées dans le cadre du pacte de responsabilité, avec l'effet en année pleine de l'extension aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC de la baisse du taux de 1,8 point, intervenue en cours d'année 2016². Les produits de cotisations sociales sont ainsi demeurés quasiment stables (+0,1%) en dépit d'une masse salariale du secteur privé dynamique (+3,5%), et les produits de cotisations sociales nets des charges liées au non-recouvrement enregistrent même un léger recul (-0,4%).

En compensation de la mesure de baisse des cotisations, la CNAF s'est vu affecter des recettes nouvelles en LFSS pour 2017. Ainsi, les cotisations prises en charge par l'Etat ont bondi en 2017 en raison de la prise en charge de nouvelles exonérations. En outre, la CNAF s'est vu affecter 0,6 Md€ de recettes fiscales *via* la réaffectation de l'intégralité du rendement de la taxe sur les véhicules de société (TVS), mais aussi *via* la hausse sensible de sa part de taxe sur les salaires (pour environ 2,6 Md€), en contrepartie du transfert à la CNAM de ses droits de consommation sur les tabacs, et d'une baisse de sa fraction de TSA en faveur de la CNAM mais également du fonds CMU. La CNAF a également bénéficié de la modification du fait générateur de la TVS qui a généré un rendement non pérenne de 0,16 Md€. Au total, les impôts, taxes et autres contributions sociales ont progressé de plus de 10% et participé à hauteur de 1,4 point à la hausse des recettes en 2017..

¹ La branche famille de la MSA est combinée dans les comptes de la CNAF depuis 2014. L'ensemble des dépenses de gestion administrative de la MSA est demeurée stable en 2017. Toutefois, la répartition de ces charges entre branches a conduit à revoir à la hausse la part imputée sur la branche famille, en lien avec la montée en charge de la prime d'activité, dont la liquidation complexe requiert un surcroît d'effectifs.

² Le coût supplémentaire de cette mesure en 2017, qui s'applique aux salariés du secteur privé et aux salariés agricoles, est estimé à 1,0 Md€.

Tableau 1 • Charges et produits nets de la CNAF

en millions d'euros

	2015	%	2016	%	2017	%	2018(p)	%
CHARGES NETTES	54 302	-8,0	49 588	-8,7	49 957	0,7	50 127	0,3
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	41 257	-0,6	36 463	-11,6	36 735	0,7	36 981	0,7
Prestations légales nettes	36 301	-1,5	31 354	-13,6	31 305	-0,2	31 403	0,3
Allocations en faveur de la famille	18 221	-0,3	18 044	-1,0	18 374	1,8	18 796	2,3
Allocations pour la garde des enfants	12 209	-4,1	12 118	-0,7	11 655	-3,8	11 332	-2,8
Allocations en faveur du logement	4 456	0,4	121	--	17	--	0	--
Autres prestations légales	1 311	0,2	1 066	-18,7	1 094	2,6	1 174	7,3
Provisions et ANV nettes des reprises sur prestations	103	20,9	4	--	164	++	102	--
Prestations extralégales nettes	4 957	6,4	5 109	3,1	5 431	6,3	5 577	2,7
TRANSFERTS VERSES NETS	10 152	--	10 197	0,4	10 204	0,1	10 166	-0,4
Prise en charge de cotisations au titre de l'AVPF	5 077	3,4	5 068	-0,2	5 092	0,5	4 979	-2,2
Majorations pour enfants	4 704	0,9	4 746	0,9	4 778	0,7	4 853	1,6
Congé paternité	273	-0,9	269	-1,5	263	-2,0	263	-0,1
Autres transferts nets	99	--	115	15,9	71	--	71	0,1
CHARGES DE GESTION COURANTE	2 901	0,2	2 900	-0,1	2 981	2,8	2 950	-1,0
AUTRES CHARGES NETTES	-9	--	29	--	37	29,1	30	-18,4
PRODUITS NETS	52 774	-6,3	48 591	-7,9	49 757	2,4	50 880	2,3
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS, IMPOTS ET TAXES NETS	51 827	-6,4	47 476	-8,4	48 627	2,4	49 873	2,6
Cotisations sociales brutes	32 834	-7,2	30 176	-8,1	30 192	0,1	29 542	-2,2
Cotisations sociales des salariés	29 334	-5,6	26 918	-8,2	26 906	0,0	27 876	3,6
Cotisations sociales des non-salariés	3 397	-18,6	3 138	-7,6	3 176	1,2	1 552	--
Majorations et pénalités	103	-13,3	120	17,3	110	-9,0	114	3,9
Cotisations prises en charge par l'Etat nettes	471	-8,4	498	5,8	852	++	825	-3,1
CSG brute	11 080	2,3	9 908	-10,6	10 168	2,6	10 508	3,3
CSG sur revenus d'activité	7 661	1,8	7 528	-1,7	7 757	3,0	8 024	3,4
CSG sur revenus de remplacement	2 311	4,9	2 298	-0,6	2 330	1,4	2 400	3,0
CSG sur revenus du capital	1 032	1,4	0	--	-2	--	0	--
Autres assiettes	75	-2,9	82	8,2	84	2,9	85	0,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7 841	-14,9	6 890	-12,1	7 592	10,2	9 437	24,3
Prélèvement sur les stock-options et les jeux et paris	710	18,1	437	--	542	23,9	712	++
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) et sur les primes d'assurance automobile (VTM)	2 209	2,6	2 291	3,7	1 010	--	1 033	2,2
Taxe tabac	1 040	1,9	1 025	-1,4	0	--	0	--
Taxe sur les salaires	2 370	--	2 595	9,5	5 242	++	7 008	++
Taxe sur les véhicules de société (TVS)	603	-11,0	542	-10,2	798	++	684	-14,3
Autres contributions, impôts et taxes	0	--	0	--	-1	--	0	--
Autres (Panier TEPA et Préciput)	909	--	--	--	--	--	--	--
Charges liées au non-recouvrement	-399	-25,1	3	--	-177	--	-439	++
Sur cotisations sociales	-323	-28,3	-39	--	-178	++	-411	++
Sur CSG	-37	-18,8	9	--	1	--	-29	0,0
Sur impôts, taxes et autres contributions	-39	6,1	33	--	1	--	0	--
TRANSFERTS RECUS NETS	335	1,7	357	6,5	345	-3,3	226	--
AUTRES PRODUITS NETS	611	0,1	758	24,2	785	3,5	781	-0,6
RESULTAT NET	-1 528		-997		-200		753	

Note : le montant des cotisations sociales des salariés ne correspond pas au montant affiché dans la fiche 1.2, en raison de la consolidation ici des cotisations et des produits de CSG assis sur les revenus des employés et personnels de maison qui sont pris en charge par la CNAF au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

Source: DSS/SD EPF/6A.

Leur dynamique a toutefois été légèrement atténuée par l'instauration d'un crédit d'impôt portant sur la taxe sur les salaires (CITS), qui n'a pas été compensé par l'Etat en 2017.

Enfin, la CSG a progressé de 2,6%. La CSG assise sur les revenus d'activité a crû de 3,0%, à un rythme légèrement moins élevé que la masse salariale (+3,5% pour la masse salariale du secteur privé) car elle a été freinée par la disparition de la recette issue du prélèvement à la source des caisses de congés payés. La CSG assise sur les revenus de remplacement a progressé quant à elle de 1,4%.

En 2018, la CNAF renouerait avec les excédents

Le solde de la CNAF s'établirait à 0,8 Md€, en amélioration de près de 1 Md€ par rapport à 2017.

Dans un contexte de diminution des prestations pour la petite enfance, les dépenses demeureraient quasiment stables

Les prestations légales de la branche famille augmenteraient de 0,3% en 2018, contribuant pour 0,2 point à la croissance des charges. Cette hausse contenue dissimule le dynamisme des prestations d'entretien qui gagneraient 2,3%, notamment tirées par le regain d'inflation, entraînant une revalorisation de 0,8% en moyenne annuelle, et par la fin de montée en charge des mesures du plan pauvreté. A l'inverse, les prestations pour la petite enfance continueraient à diminuer, compte tenu de la baisse des naissances, du moindre recours à la Prepa et de la mise en œuvre de mesures nouvelles. En effet, la LFSS pour 2018 prévoit un alignement des plafonds et des montants de l'allocation de base à taux plein, ainsi que des plafonds de la prime à la naissance, sur ceux du complément familial (CF). La LFSS 2018 prévoit en outre une augmentation des montants du complément libre choix du mode de garde à destination des familles monoparentales (cf. fiche 2.7).

Les dépenses d'action sociale de la branche ralentiraient (+2,7%), après l'importante accélération constatée en 2017, conformément aux orientations de la convention d'objectif et de gestion de la branche. Elles contribuent toutefois pour 0,3 point à l'évolution du total des charges de la CNAF en 2018.

Les autres dépenses de la branche, notamment de gestion administrative, diminueraient globalement.

Les produits de la CNAF continueraient d'augmenter malgré la baisse des produits de cotisations sociales

En 2018, les produits de la branche famille ne sont plus affectés par les effets du pacte de responsabilité. Toutefois, ils ne progresseraient que de 2,3%, contre une hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé de 3,9%. Cet écart de dynamique s'explique par l'effet de mesures instaurées par la LFSS 2018. Cette dernière a prévu des allègements des cotisations famille assises sur les revenus des actifs non-salariés¹ en contrepartie de la hausse de 1,7 point de la CSG. Ces baisses de cotisations représentent une perte de rendement des cotisations famille de 1,5 Md€. Au total, les produits de cotisations sociales se contracteraient de 2,2%.

La compensation de cette perte transite par la hausse de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAF. Ce transfert représenterait un surplus de recettes de 1,4 Md€. Le rendement de la taxe sur les salaires, qui retient l'hypothèse d'une compensation en 2018 du CITS, est également favorisé par la dynamique de l'assiette. Par ailleurs, la modification du barème de la taxe sur les véhicules de société provoquerait un surplus de recette de 110 M€ pour la branche famille. Enfin, le rendement des prélèvements sur les stock-options serait grandement majoré par l'impact du décalage du fait générateur instauré par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques (+0,1 Md€), mais aussi par la hausse du taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions instaurée par la LFI pour 2017 (+0,06 Md€). Au total, les impôts, taxes et autres contributions sociales progresseraient de 24,3%, expliquant à eux seuls 3,7 points de l'évolution des produits en 2018.

Les produits de CSG gagneraient 3,3%, en lien avec la progression des sous-assiettes – revenus d'activité et revenus de remplacement, et contribueraient pour 0,7 point à l'évolution des produits. Enfin, les autres recettes de la branche diminueraient en 2018, notamment en raison de la baisse de cotisation famille des praticiens et auxiliaires médicaux dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs (0,1 Md€ de moindres produits pour la CNAF).

¹ La mesure prévoit une baisse de 2,15 point du taux de cotisation famille (cf. fiche 3.3).

Tableau 2 • Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits nets de la CNAF

	en points	
	2017	2018 (p)
CHARGES NETTES	0,7	0,3
Prestations sociales nettes	0,5	0,5
Prestations légales nettes	-0,1	0,2
Prestations extralégales nettes	0,6	0,3
Transferts versés nets	0,0	-0,1
Charges de gestion courante	0,2	-0,1
Autres charges nettes	0,0	0,0
PRODUITS NETS	2,4	2,3
Cotisations sociales nettes	0,0	-1,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	-0,1
CSG activité et remplacement	0,5	0,7
Autres impôts, taxes et contributions sociales	1,4	3,7
Charges liées au non recouvrement :		
<i>sur cotisations sociales,</i>	-0,3	-0,5
<i>sur CSG,</i>	0,0	-0,1
<i>sur impôts, taxes et autres contributions.</i>	-0,1	0,0
Transferts reçus nets	0,0	-0,2
Autres produits nets	0,1	0,0

Source: DSS/SD EPF/6A.

Encadré 2 • Ecart à la trajectoire financière de la LFSS pour 2018

Le solde prévu dans les agrégats de la LFSS pour 2018 faisait état d'un déficit de la CNAF de 0,3 Md€ en 2017 et de 1,3 Md€ en 2018. Le compte clos 2017 affiche une dégradation par rapport à la prévision de près de 0,5 Md€.

Cet écart provient en premier lieu des prestations extralégales, relatives à l'action sociale, sensiblement plus dynamiques que prévu (-0,1 Md€). De plus, les recettes assises sur les revenus d'activité se sont avérées inférieures de 0,1 Md€ à la prévision de l'automne, en dépit de la révision à la hausse de la masse salariale du secteur privé. Cela résulte notamment de la sous-estimation en prévision de l'impact en année pleine de la baisse du taux de cotisation pour le secteur agricole. Enfin, le transfert au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) avait été sous-estimé de près de 0,1 Md€. Par ailleurs, les charges de gestion administratives de la MSA ont été supérieures de 0,05 Md€, tout comme les prestations légales.

Pour 2018, l'ensemble de ces effets base négatifs demeurerait. Ils s'accroîtraient même s'agissant des cotisations nettes, en raison de la révision à la baisse de la croissance des revenus des travailleurs indépendants, et s'agissant des prestations sociales : le volume des prestations légales a été légèrement révisé à la hausse entre les deux exercices de prévision. Concernant les prestations extra légales nettes, l'écart pour 2017 est reconduit en base. Il est majoré d'une opération comptable liée à l'annulation d'une écriture corrective sur les charges à payées, pour un montant de 42 M€.

	2017	2018 (p)
SOLDES PREVUS EN LFSS POUR 2018	0,3	1,3
Prestations légales nettes	-0,05	-0,2
Prestations extralégales nettes	-0,13	-0,2
Gestion courante	-0,04	0,0
Recettes nettes sur revenus d'activité (cotisations et CSG) et PEC Etat	-0,14	-0,3
Contributions sociales et recettes fiscales hors CSG activité	-0,01	0,1
Transferts nets	-0,1	0,0
Autres	0,0	0,0
SOLDES actualisés	-0,2	0,8
Ecart au solde précédent	-0,5	-0,5

4.6 Les comptes du FSV

Le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est réduit en 2017 en s'établissant à 2,9 Md€, en amélioration de 0,7 Md€ par rapport à 2016. Il s'améliorerait encore légèrement en 2018 (cf. tableau 1).

L'amélioration des comptes en 2017 a été portée par le recul des dépenses

Les dépenses du fonds ont fortement diminué en 2017 (-3,7%), amplifiant la tendance constatée depuis 2015 (-0,5%, puis -1% en 2016) alors que les produits ont connu un léger recul de -0,3%.

L'extinction progressive de la participation au financement du minimum contributif explique l'essentiel de cette baisse

La baisse des dépenses est essentiellement due à la réforme de la prise en charge du minimum contributif par le fonds. En effet, après une première modification en LFSS pour 2015, la LFSS pour 2017 a prévu une diminution progressive de la contribution du fonds au financement du minimum contributif (MICO) jusqu'à son annulation en 2020¹. En 2017, la prise en charge par le FSV des dépenses des régimes au titre du MICO s'est ainsi élevée à 2,5 Md€, soit 1 Md€ de moins qu'en 2016. Cette mesure explique 4,8 points de la baisse des charges en 2017 (cf. tableau 2). Parallèlement à cette réforme sur le MICO, la LFSS 2017 a également acté la fin de la prise en charge dès 2017 de la majoration pour conjoint à charge, qui représentait une dépense pour le FSV de 36 M€ en 2016.

En outre, la baisse de 40 M€ de la prise en charge de prestations au titre du minimum vieillesse contribue pour 0,2 point à la baisse des charges. Ces prestations ont connu une légère baisse malgré une revalorisation de +0,25% en moyenne annuelle.

Ces effets baissiers ont été en partie contrebalancés par une augmentation des prises en charge de cotisations au titre des périodes non travaillées (chômage, invalidité, accidents du travail et maladie). Le transfert au titre du chômage a ainsi augmenté de 0,3 Md€ en 2017, contribuant à l'évolution des charges du fonds à hauteur de +1,4 point. Cette hausse résulte notamment de l'effet combiné de la hausse de la cotisation forfaitaire intervenant dans la base de calcul du transfert (+1,5%)² et de l'augmentation du nombre de chômeurs pris en compte (+1%). À l'inverse, des régularisations négatives au titre des exercices précédents ont eu un effet modérateur. Les prises en charge de cotisations au titre de la maladie, de l'invalidité et des AT-MP ont encore augmenté à un rythme soutenu (+4,9% en 2017 après +5,2% en 2016). Cette tendance s'explique par la hausse de la cotisation forfaitaire, identique à celle utilisée pour le transfert au titre du chômage, et par une forte augmentation du volume : le recul de l'âge légal de départ à la retraite accroît le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité (en retardant leur basculement à la retraite) et les arrêts maladie sont également dynamiques (+3,6%).

Les recettes du fonds en léger repli en 2017

Après un profond remaniement de la structure de financement du FSV en 2016 (cf. encadré 1), le fonds a connu une légère modification des recettes qui lui ont été affectées en 2017.

En effet, la fraction de prélèvement social sur les revenus du capital qui lui était affectée a été diminuée en LFSS pour 2017, passant de 5,35 points à 5,12 points, au bénéfice de la CNSA, afin de compenser à celle-ci la réaffectation de ses droits de consommation sur les tabacs à la CNAM. Par ailleurs, afin de compenser partiellement à la CNAV la perte de recettes liée à la réforme de la prise en charge du MICO, les contributions sociales autres que celles assises sur les revenus du capital dont bénéficiait le FSV lui ont été transférées. Enfin, la fraction de taxe sur les salaires dont bénéficiait le fonds en 2016 (0,3 Md€) a été réaffectée au régime général.

¹ Les montants pris en charge par le FSV au titre du minimum contributif pour la période 2017-2019 ont fait l'objet d'un décret paru le 20 avril 2017. Ils s'élèveront à 1,7 Md€ pour 2018 et 1 Md€ pour 2019 ; ils seront nuls à partir de 2020.

² Cette hausse se décompose en deux effets jouant chacun pour la moitié : l'indexation de la cotisation sur le Smic et la hausse du taux de cotisation retraite de droit commun prise en compte dans le calcul (cf. encadré 2).

Encadré 1 • Evolution du périmètre des dépenses du fonds et de la structure de ses recettes

Le fonds de solidarité vieillesse assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Les **dépenses** du FSV sont principalement :

- des prises en charge de cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse : les périodes de chômage (y compris pour l'AGIRC et l'ARRCO), de service national, d'indemnités journalières et d'invalidité, ainsi que, à partir de 2015, les périodes d'apprentissage et de formation professionnelle des chômeurs. Toutefois, concernant ces dernières prises en charge de cotisations, une régularisation a été enregistrée sur les comptes 2016 en annulant le transfert vers la CNAV suite à un trop-perçu en 2015. En 2017, les comptes du fonds n'intègrent aucun versement pour les prises en charge de cotisations pour l'apprentissage cette fois-ci à titre conservatoire en raison de difficultés à estimer les trimestres concernés.
- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse, des majorations de pensions pour conjoint à charge (jusqu'en 2016) et d'une partie du minimum contributif à compter de 2011.

Depuis 2016, les **produits** du fonds sont quasiment exclusivement assis sur les revenus du capital après qu'ils ont été profondément modifiés par la LFSS pour 2016 tirant les conséquences d'une jurisprudence européenne : l'arrêt du 26 février 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne a remis en cause la faculté d'assujettir aux prélèvements sociaux les revenus du capital perçus par des personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat-membre de l'Union européenne si ces prélèvements sont affectés au financement de prestations d'assurance sociale.

La **LFSS pour 2016** a affecté en conséquence les prélèvements sociaux sur les revenus du capital au financement exclusif des prestations sociales non contributives, soit essentiellement au FSV. En conséquence, elle a réaffecté à d'autres branches les recettes du fonds, composées en 2015 d'une fraction du produit de la CSG (sur les revenus d'activité et de remplacement principalement), une fraction de la taxe sur les salaires et une partie du forfait social.

La **LFSS pour 2017** a finalement acté la suppression de la fraction de taxe sur les salaires ainsi que la suppression des contributions sociales autres que celles assises sur le capital afin que les recettes affectées au fonds ne proviennent que des revenus du capital.

Tableau 1 • Charges et produits nets du FSV

en millions d'euros

	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
CHARGES NETTES	20 521	20 317	-1,0	19 564	-3,7	18 924	-3,3
TRANSFERTS NETS	20 385	20 185	-1,0	19 438	-3,7	18 800	-3,3
Transferts des régimes de base avec les fonds	20 060	19 832	-1,1	19 085	-3,8	18 461	-3,3
Prises en charge de cotisations	12 977	13 173	1,5	13 492	2,4	13 501	0,1
Au titre du chômage	11 038	11 224	1,7	11 504	2,5	11 393	-1,0
Au titre de la maladie	1 586	1 669	5,2	1 751	4,9	1 817	3,8
Au titre de la formation professionnelle	233	231	-0,9	206	-10,8	209	1,2
Au titre des périodes d'apprentissage	93	20	--	0	--	50	++
Au titre du service national	27	29	6,9	31	7,7	32	1,2
Prises en charge de prestations	7 083	6 659	-6,0	5 593	-16,0	4 960	-11,3
Au titre du minimum vieillesse	3 143	3 118	-0,8	3 079	-1,3	3 223	4,7
Majoration pour conjoint à charge	40	36	-9,6	0	--	0	--
Au titre du minimum contributif	3 900	3 494	-10,4	2 514	-28,0	1 737	-30,9
Autres prises en charge de prestations	0	11	-	0	--	0	--
Transferts avec les régimes complémentaires (au titre du chômage)	325	353	8,6	352	-0,2	339	-3,6
AUTRES CHARGES NETTES	136	132	-3,5	126	-4,0	124	-1,8
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR)	79	89	11,6	84	-4,6	82	-2,8
Autres	57	43	-24,5	42	-2,7	42	0,0
PRODUITS NETS	16 615	16 676	0,4	16 626	-0,3	16 162	-2,8
CONTRIBUTIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	16 612	16 675	0,4	16 626	-0,3	16 162	-2,8
CSG brute	10 835	9 489	-12,4	10 059	6,0	12 267	21,9
sur revenus d'activité	7 527	-172	--	-31	--	0	--
sur revenus de remplacement	2 257	-12	--	2	--	0	--
sur revenus du capital	982	9 663	++	10 084	4,4	12 267	21,7
sur les revenus du patrimoine	475	4 620	++	4 675	1,2	5 889	26,0
sur les revenus des placements	508	5 042	++	5 408	7,3	6 378	17,9
sur autres revenus, majorations et pénalités	69	11	--	4	--	0	--
Contributions sociales diverses	1 242	6 965	++	6 788	-2,5	4 166	-38,6
Forfait social	1 003	3	--	2	-32,9	0	--
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	224	233	4,3	-10	--	0	--
Prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital	0	6 712	++	6 757	0,7	4 166	-38,4
Prélèvement sur les revenus du patrimoine	0	3 159	++	3 112	-1,5	1 976	-36,5
Prélèvement sur les revenus des placements	0	3 553	--	3 645	2,6	2 190	-39,9
Autres cotisations et contributions sociales diverses	15	17	13,8	38	++	0	--
Impôts et taxes bruts	4 598	357	--	14	--	0	--
C.S.S.S.	809	-22	--	-13	-41,0	0	--
Taxe sur les salaires	3 752	338	--	0	--	0	--
Autres impôts et taxes	37	41	10,8	27	-34,8	0	--
Charges liées au non-recouvrement	-62	-135	--	-235	--	-271	--
AUTRES PRODUITS NETS	3	1	--	0	--	0	-18,4
RÉSULTAT NET	-3 906	-3 641	--	-2 938	--	-2 762	--

Source : DSS/SDEPF/6A

Au total, le FSV a vu ses produits diminuer de 0,3% en 2017. Le dynamisme des produits de placement en 2017 a limité l'impact baissier des réaffectations de recettes. En effet, les recettes de CSG assises sur ces revenus ont augmenté de 7% et les prélèvements sociaux et de solidarité de 2,6% malgré le transfert à la CNSA d'une fraction d'entre eux (cf. supra). Ce dynamisme relève en grande partie de la bonne tenue des plus-values immobilières, des revenus issus des plans d'épargne en action et de l'assurance-vie (cf. fiche 1.9). Les recettes assises sur les revenus du patrimoine ont été moins dynamiques (+1,2% pour la CSG assise sur ces revenus), grevées notamment par la baisse des revenus issus du traitement des déclarations rectificatives des contribuables (contrecoup faisant suite à l'important mouvement de régularisation de la situation de contribuables ayant des avoirs à l'étranger).

Le déficit du FSV se résorberait légèrement en 2018

Les charges du FSV poursuivraient la tendance de 2017 avec un repli de 3,3% en 2018. Les produits baisseraient de 2,8% (cf. tableau 1). Le solde du fonds s'améliorerait de 0,2 Md€.

Une baisse des charges toujours portée par l'extinction de la prise en charge du minimum contributif mais aussi par le repli de celle au titre du chômage

Dans la continuité de 2017, la baisse des charges du FSV en 2018 s'expliquerait en grande partie par la fin progressive de sa contribution au financement du minimum contributif : cette prise en charge par le fonds est diminuée de 0,8 Md€, contribuant pour -4 points à l'évolution des charges. A cela s'ajouterait une baisse du transfert au titre du chômage (-1%). En effet, les effectifs de chômeurs retenus dans le calcul du transfert diminueraient de 1,8%, en partie compensés par une cotisation de référence en hausse de 1,2%. La baisse des cotisations prises en charge contribuerait pour -0,6 point à l'évolution des dépenses.

A l'inverse, les prises en charge de cotisations pour maladie / invalidité / AT-MP demeurerait dynamiques (+3,8%), portées notamment par la hausse de la cotisation de référence.

Après une baisse continue depuis 2015, la prise en charge de prestations au titre du minimum vieillesse augmenterait en 2018 (+0,15 Md€), contribuant pour +0,7 point à l'évolution des dépenses. Cette hausse attendue résulte de la revalorisation exceptionnelle décidée en LFSS pour 2018 qui vise à porter progressivement le montant du minimum vieillesse à 903 € par mois pour une personne seule à l'horizon 2020. Les dépenses du FSV seraient ainsi tirées à la hausse par l'augmentation du montant de l'allocation de 30€ par mois la première année, mais aussi par l'entrée de nouveaux bénéficiaires induite par la revalorisation (pour le même montant) du plafond de ressources en deçà duquel les retraités sont éligibles.

Une baisse des produits due à des modifications dans les recettes affectées au FSV

S'il reste affectataire de l'essentiel des recettes assises sur les revenus du capital, la LFSS pour 2018 a apporté deux nouveaux changements à la structure de financement du FSV.

En effet, la hausse de 1,7 point du taux de CSG décidée dans le cadre de la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs (cf. fiche 1.1) conduit à augmenter fortement le rendement de la CSG du fonds (d'environ 2 Md€ en prévision). La LFSS pour 2018 a en conséquence rétrocedé à l'Etat le prélèvement de solidarité dont bénéficiait jusqu'ici le FSV. Ce transfert, supérieur au surcroît de CSG, réduirait les recettes du fonds en 2018 d'environ 0,6 Md€.

Cependant, du fait de la bonne tenue attendue des revenus du capital en 2018 (cf. fiche 1.9), et plus particulièrement des revenus du patrimoine, les produits du fonds ne diminueraient *in fine* que de 0,4 Md€ en 2018.

Encadré 2 • Le mode de calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage

Le montant total des cotisations prises en charge par le FSV au titre des périodes de chômage est déterminé par le produit du nombre de chômeurs pris en compte et de la cotisation forfaitaire.

Les **effectifs de chômeurs** retenus dans le calcul correspondent à l'ensemble des chômeurs indemnisés issus du régime général et du régime des salariés agricoles (uniquement en France métropolitaine pour le régime agricole) et à 29% des effectifs de chômeurs non indemnisés.

La **cotisation forfaitaire** est égale à l'assiette forfaitaire multipliée par le taux de cotisation vieillesse en vigueur. L'assiette forfaitaire est égale à 90% du produit SMIC horaire multiplié par la durée annuelle de travail. Jusqu'en 2014, la durée annuelle était calculée sur la base d'une durée hebdomadaire de 39 heures, soit 2 028 heures annuelles. En 2015, cette durée hebdomadaire est ramenée à 35 heures, soit 1 820 heures annuelles, induisant une diminution de la cotisation forfaitaire.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

en points

	2016	2017	2018 (p)
Charges nettes	-1,0	-3,7	-3,3
Prises en charge de cotisations chômage	0,9	1,4	-0,6
Prises en charge de cotisations maladie	0,4	0,4	0,3
Prises en charge de cotisations au titre des stagiaires	0,0	-0,1	0,0
Prises en charge de cotisations au titre des apprentis	-0,4	-0,1	0,3
Transferts régimes complémentaires	0,1	0,0	-0,1
Prises en charge de prestations au titre du minimum contributif	-2,0	-4,8	-4,0
Prises en charge de prestation au titre du minimum vieillesse	-0,1	-0,2	0,7
Autres charges nettes	0,0	-0,2	0,0
Produits nets	0,4	-0,3	-2,8
Capital	-	2,8	-2,5
dont CSG sur les revenus du capital	-	2,5	13,1
dont prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital	-	0,3	-15,6
CSG sur revenus d'activité, de remplacement et autres	-	0,9	0,1
C.S.S.S. (dont contribution additionnelle)	-	0,1	0,1
Forfait social	-	0,0	0,0
Taxe sur les salaires	-	-2,0	0,0
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	0,1	-1,5	0,1
Charges liées au recouvrement	-0,4	-0,6	-0,2
Autres produits nets	0,0	0,0	-0,4

Source : DSS/SDEPF/6A

Note de lecture : le détail des contributions des produits pour 2016 n'a pas de sens compte tenu de la modification complète de la structure de financement du FSV cette année.

Encadré 3 • Les écarts à la LFSS pour 2018

Le déficit du FSV s'est élevé en 2017 à 2,9 Md€, en nette amélioration par rapport à la prévision faite en LFSS pour 2018 (+0,7 Md€). Le montant total de charges est inférieur de 0,1 Md€ par rapport à la prévision. Cet écart repose quasiment exclusivement sur l'annulation de la prise en charge de cotisations au titre des apprentis du fait de la régularisation d'un trop-versé datant de 2015. L'amélioration du solde par rapport à la prévision s'explique principalement par un surcroît de produits assis sur le capital (+0,6 Md€) : les produits assis sur les revenus de placement ont finalement connu un rendement supérieur de 0,4 Md€ par rapport à la prévision et ceux assis sur les revenus du patrimoine de +0,2 Md€.

L'essentiel de cette amélioration se reporterait sur le solde 2018 (0,4 Md€). Les dépenses seraient révisées à la baisse sous l'effet d'une plus forte diminution attendue des effectifs de chômeurs conduisant à réduire les prises en charge de cotisations au titre du chômage par rapport à la prévision faite pour la LFSS pour 2018. Seule une partie des plus-values constatées en 2017 sur les recettes assises sur les revenus du capital se reporterait en 2018 en raison de la réaffectation du prélèvement de solidarité au budget de l'Etat, décidée en LFSS pour 2018.

en milliards d'euros

Effet sur le solde (Md€)	2017	2018 (p)
Solde LFSS 2018	-3,63	-3,47
Ajustements sur les charges	0,11	0,33
Prises en charge de cotisations au titre du chômage	-0,03	0,22
Prises en charge de cotisations au titre des apprentis, des stagiaires et du service national	0,12	0,07
Autres charges nettes	0,02	0,03
Ajustements sur les produits	0,58	0,38
CSG sur les revenus d'activité et de remplacement	-0,03	0,00
Autres contributions sociales diverses	0,03	0,00
CSG et prélèvements assis sur les revenus du capital (placement & patrimoine)	0,61	0,37
Impôts et taxes	0,01	0,00
Charges liées au non-recouvrement et autres produits	-0,05	0,01
Solde actualisé CCSS de juin	-2,94	-2,76
Ecart à la prévision LFSS	0,69	0,71

Source : DSS/SDEPF/6A

4.7 Les comptes de la CNSA

Encadré 1 • Présentation générale de la CNSA

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui assure notamment, depuis le 1er janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national des dépenses des établissements et services médico-sociaux – accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées – financés par l'assurance maladie. La CNSA répartit également des concours financiers nationaux entre les départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) et finance une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales. Elle assure aussi un rôle d'expertise sur les questions liées à l'évaluation et à la prise en charge de la perte d'autonomie et anime, avec les conseils généraux qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

Depuis 2006, l'ensemble des dépenses médico-sociales est intégré dans les comptes de la CNSA via des dotations ONDAM de la sécurité sociale¹ : chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA. Il est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA.

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a enregistré un déficit de 0,1 Md€ en 2017 qui se creuserait en 2018 pour atteindre -0,2 Md€.

La CNSA reste en déficit pour la seconde année consécutive en 2017

L'OGD s'est établi à 21,3 Md€ en 2017. La part financée par l'ONDAM médico-social à la charge des régimes d'assurance maladie a représenté 20,0 Md€ (cf. fiche 2.2). Le complément, soit 1,3 Md€, est financé par les ressources propres de la CNSA.

La LFSS pour 2016 a transféré à la sécurité sociale, au sein de l'ONDAM médico-social, le financement des établissements et services d'aides par le travail (ESAT). Ce transfert est venu majorer le montant de l'OGD de l'ordre de 1,5 Md€. Il est neutre pour la CNSA puisqu'intégralement compensé par un accroissement symétrique de ses produits au titre de l'ONDAM médico-social. Il explique en grande partie la forte hausse des charges de la CNSA en 2017 (+10,7% contre 3,4% en 2016).

Les crédits consommés au titre des plans d'aide à l'investissement ont fortement augmenté en 2017 (+10%). Par ailleurs, les dépenses de la CNSA sont dynamisées par la montée en charge de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). La montée en charge de la revalorisation de l'aide personnalisée d'autonomie (APA) conduit à une hausse importante des concours aux départements à ce titre en 2017 (+5,9%). A l'inverse, les nouvelles dépenses de prévention de la perte d'autonomie au travers des subventions versées à la conférence des financeurs, entrées en vigueur en 2016, ont diminué : en raison des délais d'installation des conférences un peu plus élevés que prévu, les crédits comptabilisés en 2016 ont été sous-consommés et ont été reportés en 2017, diminuant ainsi le besoin de financement nouveau en 2017.

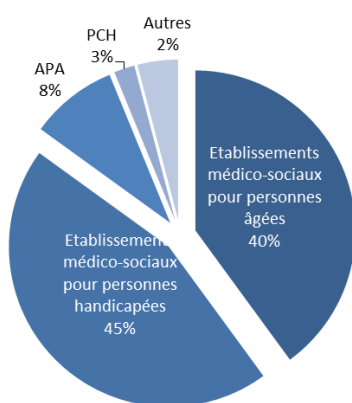
Outre les concours aux départements au titre des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la CNSA participe au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et, depuis 2017, du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui incombait auparavant à l'Etat. Ces deux dépenses (PCH et MDPH) se sont élevées à 0,7 Md€ en 2017.

Par ailleurs, le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et des groupes d'entraide mutuelle (GEM), via une dotation de la CNSA au fonds d'intervention régional, a représenté une dépense de 127 M€, en hausse de 10,7% par rapport à 2016.

Enfin, la CNSA a participé en 2017 pour 0,16 Md€ au financement du fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration, au fonds d'appui d'insertion RSA et au fonds de soutien aux conseils départementaux en difficulté.

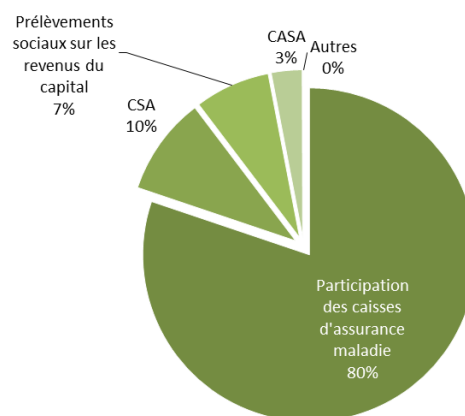
¹ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

Graphique 1 • Répartition des charges nettes de la CNSA en 2017



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Répartition des produits nets de la CNSA en 2017



Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 2 • Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et son montant correspond à la somme de deux éléments :

1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité. Ce montant peut s'écarter de celui des sous-objectifs relatifs aux dépenses pour personnes âgées et pour personnes handicapées voté dans la loi de financement : des opérations dites de « fongibilité » intervenant après le vote de la LFSS conduisent en effet à prendre en compte des transferts de dépenses internes à l'ONDAM liés à des changements de statut de certaines structures. Par exemple, des transformations d'établissements de santé en EHPAD conduisent à revoir à la hausse le besoin de financement pour les personnes âgées tandis que les dépenses hospitalières sont minorées d'autant ;

2° une part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie, et des prélèvements sur le capital 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 par la CNSA en dotations régionales et départementales limitatives.

Les recettes de la CNSA ont augmenté de 10,6% en 2017. Cette dynamique résulte en premier lieu des recettes supplémentaires accordées à la CNSA en compensation des charges nouvelles qui lui ont été transférées en 2017 : financement des ESAT (compensé par une augmentation de 11,7% de l'ONDAM médico-social versé à la CNSA par les régimes d'assurance maladie) et financement des MDPH (compensé par l'affectation d'une fraction supplémentaire de prélèvement social sur les revenus du capital).

Outre ces opérations, les recettes de la CNSA ont bénéficié de la conjoncture économique, favorable à leur dynamique spontanée. La contribution de solidarité autonomie (CSA) a ainsi augmenté de 3,4%. La CSA sur les revenus du capital a été particulièrement dynamique (+5,6%) en raison notamment de la bonne tenue de l'assiette des prélèvements sur le placement (cf. fiche 1.9).

En revanche, la CASA n'a évolué que très faiblement (+0,2%) du fait du relèvement des seuils d'assujettissement prévues par la LFSS pour 2017 qui est venue réduire le nombre de pensionnés acquittant cette contribution à taux plein.

Le déficit de la CNSA se creuserait en 2018 pour atteindre -0,2 Md€

Les charges de la CNSA croîtraient de 2,5% contre 2,3% pour les produits.

Le principal poste de dépenses de la CNSA, l'OGD, serait en progression de 3,0%. La participation de la CNSA au financement d'APA serait également dynamique (+5,3%) tirée par la poursuite de la montée en charge de la loi ASV.

A l'inverse la non reconduction des concours exceptionnels aux départements de 0,16 Md€ (cf. supra) a un effet modérateur sur les dépenses de la caisse en 2018.

La progression des recettes (+2,3%) est d'abord dictée par celle de l'ONDAM médico-social qui s'établirait à +2,5% en 2018. La CSA sur revenus d'activité croîtrait de 3,2%, tirée par la croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,9%) mais ralentie par le moindre dynamisme des assiettes du secteur public.

Le relèvement des seuils d'assujettissement à la CASA au taux plein ne jouerait plus sur la dynamique de cette recette en 2018, qui accélérerait pour croître de 3,1%.

Enfin les produits assis sur les revenus du capital ralentiraient (+1,5%), les produits assis sur les revenus de placement enregistrant un léger recul.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNSA

en millions d'euros

	2015	%	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
CHARGES	21 916	2,7	22 653	3,4	25 067	10,7	25 702	2,5
PRESTATIONS SOCIALES	127	-9,9	270	++	280	3,8	355	26,8
Subventions d'investissement (PAI)	94	-27,0	121	28,3	133	10,3	129	-3,1
Subventions fonctionnement / Dépenses d'animation, prévention et études	33	++	149	++	147	-1,5	226	++
Aide aux aidants	0		2		6	++	6	4,3
Actions de la prévention de la perte d'autonomie (au travers de la conférence des financeurs)	0		130		112	-14,1	180	++
Dépenses d'animation, prévention et études	13	1,5	17	26,7	29	++	40	37,2
Autres	20	--	0	--				
TRANSFERTS	21 749	2,7	22 344	2,7	24 755	10,8	25 305	2,2
Transferts entres organismes de sécurité sociale	19 067	2,4	19 286	1,1	21 299	10,4	21 929	3,0
Prise en charge de prestations par la CNSA (OGD)	19 067	2,4	19 286	1,1	21 299	10,4	21 929	3,0
OGD - Personnes âgées	9 575	2,0	9 732	1,6	10 013	2,9	10 330	3,2
Financement CNSA	924	6,3	982	6,3	964	-1,8	988	2,5
Financement ONDAM	8 651	1,6	8 750	1,1	9 050	3,4	9 342	3,2
OGD - Personnes handicapées	9 492	2,8	9 554	0,7	11 285	18,1	11 599	2,8
Financement CNSA	442	++	404	-8,6	335	-17,0	443	32,0
Financement ONDAM	9 050	0,8	9 150	1,1	10 950	19,7	11 156	1,9
Subventions aux fonds et organismes	2 682	5,1	3 058	14,0	3 456	13,0	3 376	-2,3
Participation aux dépenses du FIR	101	17,4	115	13,8	127	10,7	132	3,2
MAIA	71	24,5	85	19,7	95	11,1	96	1,4
GEM	30	3,4	30	0,0	33	9,7	36	8,3
Concours versés aux départements	2 478	3,5	2 785	12,4	3 152	13,2	3 128	-0,7
APA	1 789	0,5	2 139	19,5	2 264	5,9	2 386	5,3
PCH	555	1,4	560	0,9	590	5,4	594	0,7
MDPH	78	22,5	81	3,1	142	++	143	1,1
Autres (Fonds de compensation du handicap, Fonds de soutien aux départements en difficulté, fonds d'appui au RSA)	55	++	5	--	156	++	6	--
Autres subventions	103	42,1	158	++	176	11,4	116	-34,5
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile	25	-17,2	0,0	--	50,1	--		--
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation / emplois d'avenir	74	++	134	++	101	-24,6	86	-14,6
Autres (ATIH, ANAP, ANESM, ANAH)	3	-1,1	24	++	25	4,2	29	16,6
CHARGES DE GESTION COURANTE	43	16,4	40	-7,8	33	-18,4	42	29,2
AUTRES CHARGES NETTES	-3	--	0	--				
PRODUITS	22 219	4,0	22 558	1,5	24 947	10,6	25 511	2,3
Cotisation, impôts et produits affectés	4 441	16,8	4 650	4,7	4 875	4,8	5 013	2,8
CSA brute	2 244	-7,6	2 293	2,2	2 371	3,4	2 446	3,2
CSA assise sur revenus d'activité	1 891	-9,3	1 920	1,5	1 976	3,0	2 045	3,5
CSA assise sur revenus du capital	352	2,8	373	6,0	394	5,6	401	1,5
CASA Brute	721	5,4	742	3,0	744	0,2	766,73	3,1
CSG brute	1 281	++	-11	--	-1	--	0	--
Prélèvement social sur les revenus du capital	0		1 443		1 820	26,2	1 843	1,2
Droits tabacs	224		220	-1,7	0	--	0	
Charges nettes liées au non recouvrement	-29	-20,1	-37	28,9	-59	++	-42	-27,8
TRANSFERTS	17 773	1,2	17 900	0,7	20 000	11,7	20 498	2,5
Dotation ONDAM	17 701	1,2	17 900	1,1	20 000	11,7	20 498	2,5
Contribution des régimes Vieillesse	72	-0,4	0	--	0		0	
Autres produits	5	-11,6	8	++	72	++	0	--
RESULTAT NET	303		-95		-120,5		-191	

Source: DSS/SDEPF/6A

4.8 Le Régime social des indépendants (RSI)

Depuis janvier 2018, la **protection sociale de base des travailleurs indépendants**, jusqu'alors gérée par le régime social des indépendants (RSI¹), **est confiée au régime général de la Sécurité sociale**². Dès lors, les charges et les produits des branches maladie et vieillesse de base du régime sont intégrés respectivement aux comptes de la CNAM et de la CNAV³. Ce changement d'architecture institutionnelle est sans impact sur le solde du régime général puisque les deux branches du RSI étaient d'ores et déjà équilibrées financièrement par celles du régime général⁴.

L'impact de la réforme sur les charges et les produits de la branche maladie est marginal puisque les prestations de droit commun versées par le RSI relèvent de la PUMA⁵. A l'inverse, le changement de périmètre pour la CNAV est conséquent car synonyme d'une augmentation de 8 Md€ de ses charges et de 6,5 Md€ de ses produits (le différentiel correspondant à la contribution d'équilibre du régime général au RSI jusqu'en 2017). La présente fiche se limite donc à la description de la composition et de la dynamique des charges et produits du RSI en 2016 et 2017. Les prévisions pour l'année 2018 sont désormais présentées dans la fiche sur les comptes de la branche vieillesse du régime général.

Une situation financière de la branche vieillesse du RSI qui s'est stabilisée en 2017

Après avoir diminué en 2015 (de l'ordre de 0,3 Md€), le besoin de financement de la branche vieillesse, avant transfert d'équilibrage de la CNAV, avait augmenté de 0,2 Md€ en 2016. La baisse du transfert de compensation démographique expliquait en grande partie la dégradation de la situation de cette branche du RSI (-170 M€). En 2017, le besoin de financement est resté stable et s'est établi à 1,3 Md€.

Des produits de cotisations en forte hausse en 2017

En 2016, les cotisations brutes étaient en recul de 6% malgré la hausse du taux de cotisation vieillesse au 1^{er} janvier (+80 M€). A la baisse de l'assiette des cotisations (-1,2%) sont venus s'ajouter plusieurs effets ayant conduit à majorer de manière ponctuelle les produits comptabilisés en 2015 et qui ont entraîné un contrecoup en 2016 (cf. *fiche 6.3 du rapport à la CCSS de septembre 2017* décrivant notamment les effets de la réforme du calendrier de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants et des révisions des modalités de calcul des taxations d'office).

La diminution des cotisations brutes avait cependant en partie été neutralisée par une diminution des charges liées au non recouvrement (CLNR). L'évolution des cotisations nettes (après prise en compte des CNLR) s'était ainsi établie finalement à -0,9%.

En 2017, les cotisations nettes ont progressé de +6,5% en raison de plusieurs facteurs haussiers. Tout d'abord, la nouvelle hausse de taux de cotisation vieillesse au 1^{er} janvier 2017 a généré un supplément de produits de 67 M€. Ensuite, l'assiette a augmenté en 2017 : si les effectifs de travailleurs indépendants hors micro-entrepreneurs ont continué de diminuer (-4%), le revenu moyen a pour sa part, progressé. Par ailleurs, l'inscription d'une régularisation exceptionnelle positive pour le risque vieillesse, compensant un moins-perçu au titre de cotisations des micro-entrepreneurs sur les années antérieures est venu augmenter les produits de 150 M€. Enfin, cette hausse des cotisations s'est conjuguée avec l'élargissement du champ des exonérations désormais compensées par l'Etat. En application de la LFSS pour 2017, le RSI a en effet bénéficié de la prise en charge des exonérations ACCRE (aides pour les chômeurs créateurs d'entreprise) à hauteur de 125 M€.

¹ Pour une présentation du régime social des indépendants, voir l'encadré 1 de la fiche 6.3 du rapport de septembre 2017.

² Une **période transitoire de deux ans** est prévue afin d'intégrer la gestion de la sécurité sociale des indépendants au sein du RG.

³ En revanche les retraites complémentaires et les prestations d'invalidité-décès des artisans et des commerçants ne sont pas intégrées au régime général.

⁴ La traduction comptable de cet équilibrage était une charge de transfert dans les comptes du régime général à hauteur du besoin de financement du RSI.

⁵ Les prestations spécifiques de la branche maladie qui sont intégrées à l'état financier Puma à compter de 2018 sont essentiellement des indemnités journalières maladie et maternité qui se sont élevées à 0,3 Md€ en 2017. Ces prestations étaient respectivement financées par une cotisation spécifique (désormais fusionnée avec la cotisation maladie couvrant les prestations en nature) et une dotation du régime général.

Les prestations de la branche vieillesse

Les prestations vieillesse ont progressé de 0,3% **en 2016**, portées par les droits propres (+1%). Au faible effet de la revalorisation des pensions au 1^{er} avril (+0,1%), s'était ajoutée une évolution positive des effectifs (+1,9%) compensée par une contribution négative de la pension moyenne. Le nombre de départs en retraite a ralenti depuis 2011 en raison du décalage progressif de 60 à 62 ans de l'âge légal de départ à la retraite prévu par la réforme de 2010.

En 2017, la progression des droits propres est restée similaire à celle de 2016 (+1%). Elle est imputable à la revalorisation des pensions au 1^{er} avril (+0,23%) et à l'entrée en vigueur de la liquidation unique dans les régimes alignés (LURA). Dans ce nouveau dispositif, le régime liquidateur, désormais unique pour la totalité de la pension des nouveaux retraités polypensionnés, est le dernier régime d'affiliation. Cela a conduit à majorer la masse des pensions versées par le RSI : le régime a liquidé moins de pensions mais pour des montants moyens supérieurs. Ainsi, les pensions servies par le RSI se sont accrues du fait de la LURA de l'ordre de 10 M€ en 2017 (le montant reste modeste car la LURA s'applique par définition au flux de liquidants et la montée en charge sera très progressive).

Tableau 1 • RSI – Charges et produits nets de la branche vieillesse

	en millions d'euros				
	2015	2016	%	2017	%
CHARGES NETTES	7 740	7 759	0,2	7 825	0,8
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	7 444	7 469	0,3	7 546	1,0
Prestations légales nettes	7 367	7 397	0,4	7 475	1,1
Droits propres	6 225	6 288	1,0	6 352	1,0
Avantages principaux hors majorations	5 903	5 968	1,1	6 039	1,2
Minimum vieillesse	37	43	16,2	43	0,7
Majorations	286	278	-2,7	271	-2,7
Droits dérivés	1 120	1 115	-0,4	1 100	-1,4
Avantages principaux hors majorations	1 074	1 062	-1,1	1 049	-1,2
Minimum vieillesse	14	14	3,6	13	-9,7
Majorations	33	39	19,3	38	-3,8
<i>Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances</i>	<i>21</i>	<i>-7</i>	<i>--</i>	<i>23</i>	<i>--</i>
Prestations extralégales nettes	77	72	-6,4	71	-2,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	284	280	-1,3	271	-3,3
AUTRES CHARGES NETTES	2	9	++	8	-11,9
PRODUITS NETS	7 740	7 759	0,2	7 825	0,8
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS ET IMPÔTS NETS	4 357	4 319	-0,9	4 601	6,5
Cotisations sociales brutes	4 543	4 268	-6,0	4 551	6,6
Cotisations sociales des actifs	4 456	4 186	-6,1	4 485	7,1
Autres cotisations sociales	25	7	--	4	-35,2
Majorations et pénalités	62	75	21,0	62	-17,5
Cotisations prises en charge par l'État brutes	135	59	--	141	++
Charges liées au non recouvrement	-321	-8	--	-91	++
+ reprises sur provisions sur cotisations	46	250	++	149	-40,3
- dotations aux provisions sur cotisations	-229	-110	--	-109	-1,1
- pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations	-138	-148	7,7	-132	-10,8
TRANSFERTS NETS	3 338	3 374	1,1	3 171	-6,0
Transferts entre régimes de base	2 946	2 973	0,9	2 799	-5,8
Compensation généralisée	1 840	1 673	-9,1	1 490	-10,9
Transferts d'équilibrage	1 105	1 300	17,6	1 309	0,7
Transferts des régimes de base avec les fonds	392	402	2,4	371	-7,6
Prises en charge de cotisations par le FSV	52	53	1,6	55	5,2
Au titre de la maladie	50	51	1,5	53	4,4
Autres	2	2	5,1	3	26,6
Prises en charge de prestations par le FSV	341	349	2,5	316	-9,5
Au titre du minimum vieillesse	48	51	7,7	50	-2,6
Au titre des majorations de pensions	193	196	1,4	193	-1,4
Majoration pour enfants	186	190	1,9	193	1,7
Majoration pour conjoint à charge	7	6	-10,3	0	--
Au titre du minimum contributif	100	102	2,0	73	-28,5
AUTRES PRODUITS NETS	45	66	46,8	54	-17,7
RÉSULTAT NET	0	0		0	

Source : RSI et DSS/SDEPF/6A

5. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

5.1 La contribution du régime général au besoin de financement des ASSO

Les comptes nationaux constituent le langage commun dans lequel s'expriment les dépenses, les recettes et le solde des administrations publiques. Ils permettent d'établir des comparaisons avec les autres pays de l'Union européenne et de l'OCDE. Les comptes nationaux des régimes de protection sociale sont établis à partir des comptes des organismes de sécurité sociale et des fonds qui concourent à leur financement. Toutefois, les conventions comptables utilisées par la comptabilité nationale diffèrent du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

La présente fiche résume les principaux facteurs d'écart entre les soldes du régime général mesurés à partir des comptes des caisses nationales d'une part, et des comptes nationaux d'autre part.

Périmètre des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, les administrations de sécurité sociale (ASSO) constituent le sous-secteur des administrations publiques qui comprend les régimes d'assurance sociale obligatoires et les organismes dépendant de ces régimes (ODASS, principalement les hôpitaux).

Lors du passage à la base 2005, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le fonds de réserve pour les retraites (FRR) ont été reclassés du secteur des administrations centrales vers celui des administrations de sécurité sociale dès leur date de création (CADES en 1996 et FRR en 1999).

Les régimes d'assurance sociale couvrent des risques et des besoins sociaux dont la liste est publiée dans le système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC 2010, § 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 taux sont fixés par décret. Figurent dans ce sous-secteur les caisses de sécurité sociale qui relèvent du code de la sécurité sociale, les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'Unédic (organisme paritaire privé en charge de la gestion de l'assurance chômage).

En revanche, ce sous-secteur exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs (incluant le régime des pensions civiles et militaires de l'État) ainsi que l'assistance sociale qui se distingue de l'assurance sociale par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

- le régime général de la sécurité sociale ;
- les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des ressources propres et des versements provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, CNSA, FSV, CADES, FRR) ;
- les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc.) ;
- les régimes des non-salariés (dont la mutualité sociale agricole – régime des exploitants agricoles – et le régime social des indépendants) ;
- le régime d'indemnisation du chômage ;
- les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...).

Les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS) – qui dépendent des administrations de Sécurité sociale – comprennent :

- les hôpitaux publics et privés à but non lucratif anciennement financés par dotation globale et bénéficiant aujourd'hui de la tarification à l'activité (T2A), et leurs groupement de coopérations sanitaires (GCS) ;
- Pôle emploi ;
- l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation ;
- les œuvres sociales intégrées aux organismes de Sécurité sociale sont reclassées en ODASS et déduites du régime général.

Éléments de passage entre la comptabilité des organismes et la comptabilité nationale

Les écarts conceptuels entre le résultat comptable et la capacité de financement

De façon générale, on peut dire en référence à la comptabilité d'entreprise que *la capacité de financement* calculée par les comptes nationaux est proche de *la capacité d'autofinancement* diminuée du solde des opérations en capital¹ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment :

- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles relatives aux prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soins. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestations. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissements corporels et incorporels en valeur brute ainsi que des dotations en capital (corrections au titre des opérations en capital).

La formation brute de capital fixe (FBCF, c'est-à-dire l'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 la quote-part des subventions virée au compte de résultat est prise en compte dans le résultat comptable.

- de ne pas reprendre les plus- ou moins-values sur cessions d'immobilisations financières, ni les gains ou pertes de change.

Dans le cas des régimes complémentaires de vieillesse des salariés comme l'AGIRC ou l'ARRCO, mais aussi de certains régimes de non-salariés, ces montants, comptabilisés dans le résultat financier, peuvent influencer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

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 a sa contrepartie au compte financier comme en comptabilité classique, et toute opération concernant une unité institutionnelle trouve aussi sa contrepartie exacte dans les comptes d'une autre unité. Par conséquent, tout versement d'une unité économique à une autre unité économique doit être enregistré dans le compte de chacune pour le même montant et au même moment. Cette contrainte de cohérence conduit à hiérarchiser les informations mobilisées auprès des divers organismes au cas où ces informations ne seraient pas homogènes.

- des règles de priorité pour enregistrer les transferts entre unités du secteur des administrations publiques

Actuellement, au sein des ASSO, les flux croisés annuels entre organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours équilibrés. Par ailleurs, les ASSO reçoivent des transferts d'autres administrations, notamment de l'État. Ces transferts doivent nécessairement être réconciliés au sein du secteur des administrations publiques. Cela nécessite, lorsqu'il n'existe pas clairement de notions de droits constatés, d'établir une

¹ En comptabilité nationale, la capacité de financement intègre les dividendes versés, mais les organismes de sécurité sociale ne versent pas de dividendes. Cette égalité simplifiée est donc exacte pour les organismes de sécurité sociale.

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 des évolutions annuelles, et de l'indicateur de Maastricht « déficit/PIB », le dénominateur étant évalué pour l'année civile. Ce type de correction de droits constatés a été notamment effectué en 2008 en matière de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants qui ont compté pour cinq trimestres dans les comptes des régimes concernés. A partir de 2009, et sur les années suivantes, les taxations d'office de ces mêmes travailleurs indépendants en matière de CSG, ont également été retraitées en comptabilité nationale.

L'adossement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

En SEC 2010, la soulte versée par le régime de retraite des industries électriques et gazières à la CNAV à l'occasion de son adossement est considérée comme une avance au titre des pensions de retraite à payer dans le futur et sa comptabilisation en tant que recette publique est étalée sur la durée de versement des pensions. Ce traitement est donc similaire à celui réalisé dans les comptes de la CNAV, contrairement à ce qui se passait en SEC 1995. Il n'y a donc plus de correction à ce titre.

Seul persiste l'enregistrement en ressource de la CNAV des intérêts et écarts d'évaluation enregistrés par le FRR sur le placement de la soulte des IEG. Ces derniers sont ensuite décrits comme réinvestis par la CNAV dans le compte financier de cette dernière.

Tableau 1 • Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement en comptabilité nationale pour le régime général et le FSV

en millions d'euros

	2014	2015	2016	2017
Résultat des organismes du régime général et du FSV	-13,1	-10,8	-7,8	-5,1
Dotations et reprises sur provisions	1,7	0,6	-0,3	0,1
Opérations en capital - Différences de traitement des opérations d'investissements	-0,5	-0,6	-0,6	-0,6
Autres Corrections de synthèse (1)	-0,5	-0,1	-0,4	-1,1
Traitement de la soulte IEG de 2005 (2)	0,5	0,3	0,4	0,5
Annulation recette caisse congé du BTP suite au décalage de la période de versement (3)	0	-1,1	-0,5	-0,2
Autres Corrections de droits constatés (4)	0,3	0,5	0,3	0,3
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT du Régime Général et du FSV	-11,5	-11,2	-9	-6,1
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des autres régimes	5,5	8,1	7,4	12,5
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ODASS	-1,4	-0,8	-0,6	-1,4
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ASSO	-7,4	-3,8	-2,2	5,0

Source : DGFIP/CEIC

Note de lecture :

- (1) Cette ligne regroupe les corrections liées à la mise en cohérence des flux entre administrations publiques, et à l'application des règles de priorités indiquées ci-dessus.
- (2) La soulte de trois milliards d'euros reçue en 2005 par les administrations de sécurité sociale en échange de la reprise des engagements de retraites des Industries Electriques et Gazières (IEG) est étalée en comptabilité nationale jusqu'en 2024. Les intérêts et écarts d'évaluation sur le placement de la soulte des IEG, réalisés par le FRR, et pour la quote-part attribué à la CNAV, sont traduits en comptabilité nationale comme effectivement versés (voir ci-dessus).
- (3) A partir de 2015 les cotisations sociales sur les congés payés sont versées dès réception du paiement de l'employeur, et non plus au versement de l'indemnité de congé payé. Ce changement occasionne un surcroît de recette ponctuel en 2015 pour les caisses des régimes de sécurité sociale. Ces versements sont réalisés par les caisses de congés payés (principalement BTP), classées hors du champ des administrations publiques en comptabilité nationale, aux caisses des régimes de sécurité sociale,
- (4) Ces corrections correspondent à un décalage entre les dates retenues pour l'enregistrement de certaines opérations en comptabilité publique et en comptabilité nationale. Par nature elles sont neutres en moyenne sur plusieurs années.

5.2 Les charges et produits financiers de l'ACOSS

Le régime général fait partie des régimes autorisés par la loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes pour la couverture de ses besoins de financement. L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est chargée de la gestion centralisée de la trésorerie des différentes branches du régime général. Elle finance ses besoins de trésorerie par des emprunts auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC), par des émissions de titres de créance à court terme sur les marchés financiers ainsi que par la mobilisation, contre rémunération, d'excédents de trésorerie d'autres organismes de sécurité sociale (cf. encadré 1). L'ACOSS, qui supporte les frais financiers liés à ces différents emprunts, facture à chaque branche les intérêts afférents à leur propre situation financière (cf. encadré 2).

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -23,4 Md€ fin 2017

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -23,4 Md€ au 31 décembre 2017, contre -17,3 Md€ au 31 décembre 2016. La variation annuelle de trésorerie s'est ainsi dégradée de 6,1 Md€ sur l'année 2017.

La LFSS 2017 a autorisé l'ACOSS à emprunter un plafond d'emprunt pour l'année 2017 de 33 Md€, prenant en compte l'absence de reprise de déficits cumulés par la CADES. Cette limite a été respectée avec un point bas « brut », intégrant les financements liés à la politique de gestion des risques financiers mise en place par l'ACOSS et les avances aux partenaires, à -32,7 Md€, atteint en septembre 2017.

Le résultat de la gestion de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à 125,7 M€ en 2017

Le contexte financier qui prévaut depuis la fin 2015 a fortement modifié les conditions de financement de l'ACOSS, et par conséquent son résultat financier. Ainsi, le résultat financier net de l'ACOSS (qui correspond à la différence entre les charges d'intérêt liées aux emprunts et les produits financiers liés à certaines disponibilités ponctuelles de trésorerie) est cette année encore largement positif, atteignant 125,7 M€ en 2017, en amélioration par rapport à 2016 (cf. tableau 1).

Les taux de court et moyen termes appliqués dans la zone euro (taux directeurs de la banque centrale européenne et taux d'échanges interbancaires) ont été négatifs sur l'ensemble de l'année 2017. Ces taux moyens, cumulés à la bonne qualité de la signature de l'agence, lui ont permis de se financer à taux globalement négatifs sur l'année : le taux moyen de financement s'est établi à -0,656% en 2017, contre -0,458% en 2016, légèrement en-dessous de la moyenne constatée du taux EONIA au cours de l'année, qui était de -0,355% en 2017, après -0,320% en 2016. Cette situation a conduit à constater des produits financiers sur les emprunts et, inversement, des charges sur la plupart des placements et dépôts de marché. Les émissions par l'ACOSS de titres de créance négociables (*negotiable european commercial papers* -NeuCP- et *euro commercial papers* -ECP) ont apporté 142,7 M€ de produits financiers (115,5 M€ en 2016), contre un montant de charges financières de 16,9 M€. Le financement sur l'année 2017 a accordé une large place aux instruments de marché, plus intéressants en raison de l'abondance de liquidités sur les marchés, pour 93% du financement, ce qui a permis de tirer le meilleur parti du niveau historiquement bas des taux d'intérêt. A ces opérations, il convient de rajouter les produits (0,3 M€) et charges d'intérêts (0,2 M€) issus des relations des tiers (principalement le recouvrement pour le compte de la CNSA et de l'Unédic).

La structure du financement continue de reposer prioritairement sur la mutualisation des trésoreries sociales et publiques *via* des comptes de dépôt (CNSA, CNIEG, Caisse nationale délégué pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants - CNDSSSTI) et la souscription par des acteurs de la sphère sociale (CADES, CAMIEG) ou publique (AFT) de titres émis par l'agence centrale, dont la part cumulée a toutefois diminué en termes relatifs sur l'exercice écoulé : la part liée aux mutualisations de trésorerie a représenté ainsi 5% du financement en 2017, contre 15% en 2016.

Enfin, comme en 2016, l'agence a maintenu une part de financement par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) lors de certaines échéances (notamment lors du versement des pensions vieillesse) en utilisant des prêts de court terme (dits « prêts tuiles ») sous forme de *NeuCP* CDC (représentant 2% du financement total).

Tableau 1 • Résultat financier de l'ACOSS

	2015	2016	2017
CHARGES FINANCIERES	15,3	24,0	17,1
Caisse des dépôts et consignations ou Banque de France	13,6	14,6	16,2
Prêt de moyen terme	8,2	0,4	-
Prêt court terme (pensions de retraite)	-	-	-
Avances J-1 et JJ (commission d'engagement)	2,0	2,0	2,0
Pénalités	0,8	0,3	0,2
Intérêts sur soldes créditeurs (comptes CDC et Banque de France)	2,6	12	14
Titres de créances négociables	1,4	9,3	0,8
Billets de trésorerie / NeuCP	0,4	-	-
Euro Commercial Paper	0,5	-	-
Autres (appels de marge ECP, coupons pensions livrées, swap de taux, etc.)	0,5	9,3	0,8
Reversement des dividendes perçus sur prises en pensions	0,0	0,0	0,0
Charges des intérêts avec les tiers	0,3	0,1	0,2
PRODUITS FINANCIERS	31,7	115,8	143,1
Rémunération comptes CDC	-	-	-
Rémunération compte Banque de France	-	-	-
Autres (pensions livrées, appels de marge ECP, intérêts relations avec tiers)	0,3	0,3	0,5
Produits des dividendes sur pensions livrées	-	-	-
Intérêts créditeurs sur NeuCP	6,2	25	26,6
Intérêts créditeurs sur ECP	25,2	79,3	115,6
Produits financiers des opérations avec les tiers	0,1	0,3	0,3
Intérêts sur swaps de taux	-	11,0	-
RESULTAT NET	16,4	91,9	125,7

Source : données comptables ACOSS

Tableau 2 • Produits financiers nets de l'ACOSS pour chaque trimestre 2017

	T1	T2	T3	T4
Produits financiers nets	31,3 M€	35,1 M€	30,6 M€	43,2 M€
Mobilisation moyenne	-24,5 Md€	-28,6 Md€	-27,7 Md€	-26,3 Md€
Taux EONIA moyen	-0,35%	-0,35%	-0,35%	-0,35%

Source : DSS/ACOSS – données en encaissements/décaissements

Note de lecture : Le tableau ci-dessus présente une chronique trimestrielle des produits financiers encaissés par l'ACOSS au jour le jour (en trésorerie). Elles peuvent présenter des écarts avec le suivi comptable effectué en droits constatés. Cette chronique permet de mettre en évidence l'impact sur les charges financières, de l'évolution des besoins de trésorerie d'une part, et, de l'évolution des taux d'intérêt d'autre part.

Encadré 1 • Instruments de financement des besoins de trésorerie du régime général

Depuis 2007, l'ACOSS est autorisée à émettre directement sur les marchés financiers des billets de trésorerie. En complément, l'ACOSS a recours depuis 2010 à des émissions d'« euro commercial papers » (ECP), assurées techniquement par l'Agence France Trésor (AFT) pour le compte de l'ACOSS dans le cadre d'un mandat de gestion jusqu'au 17 février 2016. Depuis cette date, l'ACOSS a internalisé la gestion des émissions d'ECP avec des partenaires bancaires.

Elle peut également compter sur la mutualisation des trésoreries des organismes sociaux *via* des comptes de dépôt (CNSA, CNDSTI) et sur la souscription de billets de trésorerie par des acteurs de la sphère sociale (CADES, CAMIEG) ou publique (AFT) qui représentent des montant annuels variables mais de l'ordre de plusieurs milliards d'euros en moyenne. Ces souscriptions se positionnent notamment en début d'année, et permettent également aux partenaires de lisser leurs profils.

Pour sécuriser les financements annuels, l'ACOSS peut recourir à des emprunts bancaires auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC), partenaire de référence du régime général. Leurs relations financières sont formalisées dans une convention quadriennale renouvelée le 17 décembre 2014 pour la période 2015-2018. Elle prévoit un financement structuré en trois étapes :

- 1) des prêts fermes de « moyen terme », de trois à douze mois, destinés à couvrir le socle des besoins de financement de l'ACOSS : leur montant est strictement limité et ne peut être supérieur, dans la limite par ailleurs de 10 Md€, à 33% du plafond de trésorerie fixé en LFSS. L'ACOSS n'a pas eu recours à ce dispositif en 2017 ;
- 2) des prêts de court terme (dits « prêts tuiles », de six jours ouverts) sous forme de *NeuCP* pour faire face, spécifiquement, à l'échéance du versement des pensions de retraite du 9 de chaque mois : ces prêts sont plafonnés à 2,5 Md€ par mois ;
- 3) des avances à 24 heures, dans la limite globale de 1,5 Md€, pour faire face aux aléas de trésorerie.

Les charges et produits financiers des branches du régime général en 2017

Si la gestion de trésorerie est assurée de façon centralisée par l'ACOSS, chaque branche se voit affecter les charges et produits financiers correspondant à ses besoins ou ses capacités propres de financement (cf. encadré 2 et tableau 3). Le résultat financier de l'ACOSS doit être, après répartition aux branches, nul.

Avant application de l'article R. 255-7 du code de la sécurité sociale fixant les modalités de répartition des charges financières entre les branches fondées sur les soldes moyens des branches, le résultat financier net des quatre branches du régime général s'est établi à 137,9 M€ en 2017, contre 96 M€ en 2016.

En conséquence du financement à taux négatifs, si la branche maladie supportait en 2014 les frais financiers les plus importants (25 M€) par rapport aux autres branches, elle a bénéficié en 2017 de l'essentiel des produits financiers nets (105,5 M€).

La branche vieillesse enregistre également des produits financiers au titre de la gestion de sa trésorerie et se voit attribuer 29,3 M€ de produits (21 M€ en 2016). Les branches famille et AT-MP enregistrent chacune une charge (respectivement de 2,1 et 6,8 M€), en conséquence de soldes de trésorerie positifs en moyenne sur l'année.

Le résultat financier de l'ACOSS devrait également être positif en 2018

Pour l'ensemble de l'année 2018, le besoin de financement moyen de l'ACOSS serait en baisse : 24,8 Md€ mobilisés en moyenne par jour contre 26,9 Md€ en 2017, avec un point bas « brut » prévisionnel en janvier à -33,5 Md€ mais inférieur au plafond de recours à des ressources non permanentes fixé en « brut » à 38 Md€ dans le cadre de la LFSS pour 2018.

Sous l'hypothèse d'une réalisation des anticipations de marché concernant les taux d'intérêt d'ici la fin de l'année, le résultat financier avant affectation aux branches serait comparable au résultat 2017. Cette tendance tiendrait compte des perspectives d'invariabilité du taux EONIA, déjà observée sur les premiers mois de 2018. A fin mai, l'EONIA constaté s'inscrit en effet à -0,36% contre -0,35% en moyenne sur 2017. Compte tenu de la poursuite du programme d'achat de titres (*quantitative easing*) de la banque centrale européenne, la moyenne de l'EONIA sur le deuxième semestre devrait, selon les anticipations de marché, rester négative, ce qui bénéficierait aux financements restant à réaliser pour l'année.

Encadré 2 • Le passage du résultat financier de l'ACOSS à celui du régime général

Chaque année, en amont de la clôture des comptes, le taux d'intérêt moyen de financement du régime général est fixé par arrêté. Ce taux de référence, qui tient compte des conditions effectives de financement de l'ACOSS, est calculé en rapportant, pour une année donnée, le total des intérêts payés par l'agence au titre de cette même année au solde moyen de son compte net de frais financiers.

Appliqué ensuite séparément au solde de trésorerie net d'intérêts de chacune des branches, il permet de déterminer le montant des charges financières ou produits financiers à inscrire dans leurs comptes respectifs et de répartir au plus juste les intérêts créditeurs et débiteurs entre les branches (cf. tableau 3). Pour 2017, le taux a été fixé à -0,656%, après -0,458% en 2016.

L'écart entre le montant des charges financières ACOSS et la somme des charges financières ainsi calculées pour les quatre branches (11,9 M€ en 2017) tient à ce que le besoin de financement de l'ACOSS est affecté positivement par ses relations financières avec des organismes tiers, compte tenu notamment du délai qui peut exister, même de façon très limitée, entre le recouvrement et le reversement de certaines recettes.

En application de l'article R. 255-7 modifié, ce solde positif est comptabilisé et ventilé au niveau de chaque branche du régime général en produits financiers sur la base des clés appliquées pour la répartition de la contribution des branches au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS.

Tableau 3 • Résultat financier net des branches du régime général (après application de l'article R.255-7 – cf. encadré 2)

En millions d'euros

PRODUITS D'INTERETS DES BRANCHES	2015	2016	2017
CNAMTS Maladie	11,1	68,7	105,5
CNAMTS AT-MP	0,4	-0,3	-6,8
CNAF	3,0	2,5	-2,1
CNAVTS	1,9	21,0	29,3
Total	16,4	91,9	125,7

Source : données comptables ACOSS

5.3 Du résultat comptable à la variation de trésorerie

La trésorerie des organismes du régime général fait l'objet d'une centralisation sur un compte géré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ouvert auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC). Les données de trésorerie fournissent une vision de la situation du régime général complémentaire de celle apportée par les données comptables puisque l'essentiel des opérations des organismes trouve une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprise de dettes (1994, 1996, 1998, 2004 à 2009, puis 2011 à 2016¹) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie² reflète largement le résultat du régime général (cf. graphique 1).

En 2017, le résultat en droits constatés du régime général (-2,2 Md€) diffère de 3,9 Md€ de la variation de trésorerie sur le compte ACOSS (-6,1 Md€). Cet écart s'explique en premier lieu par un écart de champ. En effet, le recouvrement par l'ACOSS de recettes au titre des tiers et la gestion de dépenses de prestations réalisées par les organismes du régime général pour le compte des tiers contribuent à une dégradation de la variation de trésorerie globale pour 0,5 Md€. Cet écart se décompose en deux parties : d'une part les URSSAF recouvrent des recettes pour des tiers (Unédic, RSI, FSV, CADES, CNSA, CCMSA...) ; en 2017, l'écart entre les encaissements et les versements pour compte de tiers s'élève à -0,1 Md€, après -1,3 Md€ en 2016. D'autre part, les caisses de sécurité sociale assurent la gestion de prestations qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'État, les départements ou certains fonds (RSA, allocations logement, aide médicale d'Etat, fonds CMU...). En 2017, l'ACOSS a versé 0,4 Md€ de plus que les remboursements reçus au titre de ces diverses prestations.

L'écart entre la variation de trésorerie du régime général (-5,7 Md€) et le résultat en droits constatés (-2,2 Md€), soit 3,5 Md€, s'explique ensuite par différents éléments (cf. tableau 1) :

- comme les années précédentes, le FSV contribue très fortement à augmenter le déficit de trésorerie (2,9 Md€ d'insuffisance de trésorerie en 2017) en retardant le versement des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage et de prestations (minimum contributif vieillesse...), ce qui accroît sa dette vis-à-vis du régime général. Or, ces prises en charge sont comptabilisées comme produit par la branche vieillesse. Si l'on ajoute au résultat du régime général celui du FSV (-2,9 Md€ en 2017), le résultat « RG + FSV » (-5,1 Md€) est plus proche de la variation de trésorerie sur le compte ACOSS (-6,1 Md€) ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie ont dégradé la trésorerie de 0,9 Md€ (après une dégradation de 3,4 Md€ en 2016). En 2017, les décalages sur les cotisations dans les URSSAF³ dégradent la trésorerie de 1,5 Md€ car les encaissements au titre du régime général de janvier 2018 sont supérieurs à ceux de janvier 2017, notamment en raison d'une masse salariale plus dynamique. En revanche, les décalages liés aux prestations familiales et aux pensions de retraite⁴ (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) améliorent la variation de trésorerie de 0,3 Md€. En outre, la prise en compte des décalages d'exercices pour des opérations effectuées au siège de l'ACOSS conduit également à une amélioration de la trésorerie de 0,4 Md€. L'essentiel de cet écart s'explique par la baisse du montant de TVA reçu en janvier 2018 au titre de l'année 2017 (1,2 Md€ de moins qu'en janvier 2017) en raison de la compensation de la hausse de 1,7 % de la CSG dans le cadre des mesures du pouvoir d'achat en faveur des actifs instaurées par la LFSS pour 2018. Il en résulte une dégradation du solde comptable de 1,2 Md€. A l'inverse, le changement du calendrier de recouvrement de la taxe sur les véhicules de sociétés (TVS) a conduit à un montant de produits à recevoir pour 2017 de

¹ Conformément à la pratique constante, les reprises de la dette des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV par la CADES, prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2011, se sont traduites par des versements qui ne sont pas comptabilisés dans son résultat comptable. En 2016, l'ACOSS a reçu 23,6 Md€. Contrairement aux années précédentes, aucune reprise de dette n'a été effectuée en 2017.

² 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.

³ 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 1er mois du trimestre suivant pour les cotisants « trimestriels ».

⁴ En revanche sont exclus de cette analyse les effets de remboursements des prestations maladie (soins de ville ou hôpitaux), la variabilité des délais rendant difficile l'estimation de ces décalages.

0,8 Md€ encaissé en janvier 2018 au titre de cette taxe, dégradant ainsi de 0,8 Md€ la variation de trésorerie de l'Acoss.

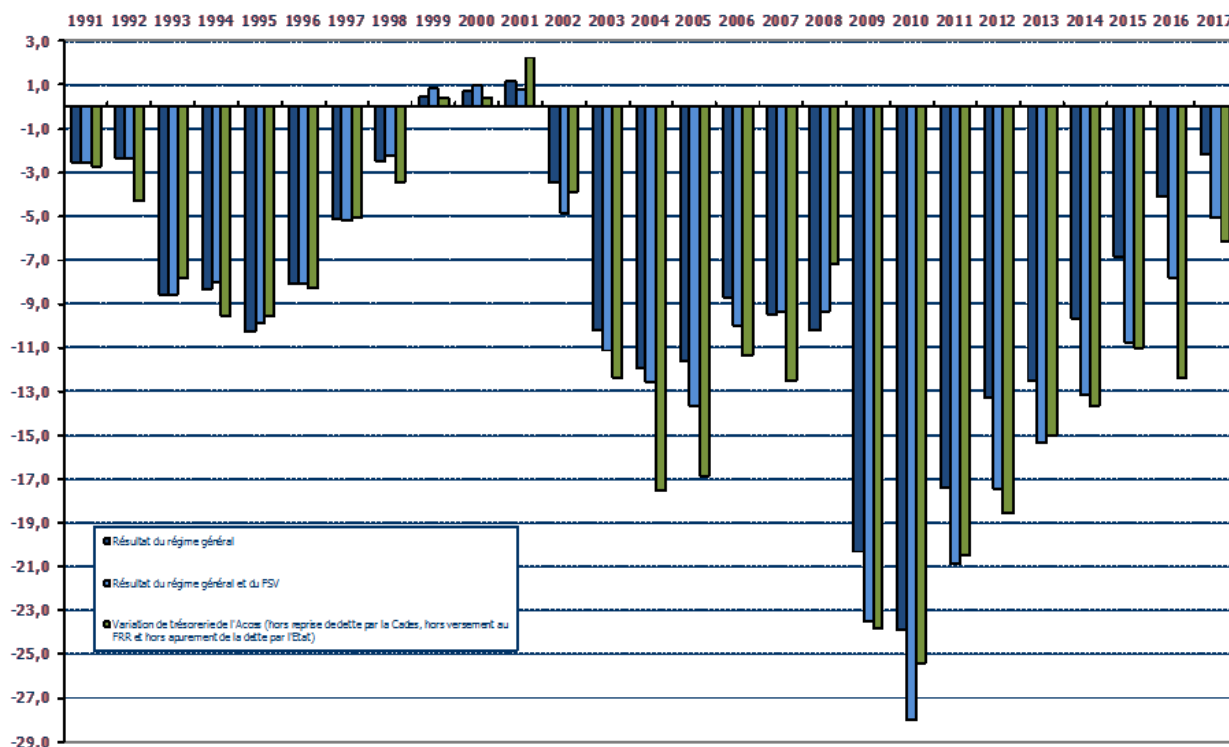
- les crédits affectés en 2017 par l'État au titre de la compensation des exonérations (mesures emploi et heures supplémentaires) ont été légèrement inférieurs aux dépenses (-0,1 Md€) et une situation à l'équilibre a été constatée pour les remboursements de prestations à sa charge (AAH) ;
- l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds a lieu l'année de la parution du texte qui en fixe le montant, alors que les versements interviennent au rythme de leurs besoins ; en 2017 les dotations ont été supérieures de 0,1 Md€ aux versements ;
- les « autres éléments » regroupent des opérations non prises en compte dans les décalages temporels qui ne portent que sur le mois de janvier. Ce sont principalement des opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie.

Tableau 1 • Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2014 à 2017

		en milliards d'euros			
		2014	2015	2016	2017
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-9,7	-6,8	-4,1	-2,2
Corrections	(2)	-3,7	-5,4	-6,7	-3,5
Insuffisance FSV		-3,1	-4,1	-3,0	-2,9
Remboursement exonérations (Etat)		-0,5	0,3	-0,1	-0,1
Remboursements prestations (Etat)		0,0	0,1	-0,1	0,0
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		0,0	-0,2	-3,4	-0,9
Décalage sur les participations à certains fonds		0,0	-0,3	0,2	0,1
Produit exceptionnel				-0,7	
Autres éléments		-0,2	-1,2	0,4	0,3
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-13,4	-12,3	-10,8	-5,7
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	-0,3	1,3	-1,6	-0,5
Variation de trésorerie de l'Acoss yc. apurement dette Etat et hors reprise de dette Cades	(5)=(3)+(4)	-13,7	-11,0	-12,4	-6,1
Reprise de dette de la Cades	(6)	10,0	10,0	23,6	0,0
Variation de trésorerie de l'Acoss yc. apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	-3,7	-1,0	11,2	-6,1

Source : ACOSS.

Graphique 1 • Solde du régime général et variation de trésorerie



(*) Hors reprise de dette par la CADES, hors versement au FRR et hors apurement de la dette par l'Etat. Source : ACOSS.

5.4 Vue d'ensemble des transferts

Une partie importante des dépenses et des recettes des régimes de sécurité sociale relève de flux financiers entre ces régimes. Ainsi, le régime général et le FSV ont à ce titre versé 70 Md€ et reçu 56 Md€ en 2017 (cf. tableau 1). Cette fiche vise à dresser un panorama de ces flux financiers ainsi que leurs évolutions.

Plus de 30 Md€ de flux financiers sont internes au régime général et au FSV

Les transferts internes au régime général et au FSV¹ sont principalement des refacturations entre branches au titre de la prise en charge de prestations (9,0 Md€) ou de cotisations (22,3 Md€, cf. tableau 2). Le FSV prend en charge le coût du minimum vieillesse et d'une partie du minimum contributif pour la CNAV, la CNAF prend en charge le coût des majorations de pensions pour enfants pour la CNAV également. Les prises en charge de cotisations sont principalement le fait du FSV qui finance des cotisations pour chômage et arrêt de travail en contrepartie des droits à la retraite ouverts par ces périodes. De la même manière, la CNAF verse des cotisations au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Enfin, l'assurance maladie finance une partie des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM).

Ces transferts internes ont diminué fortement en 2017 du fait notamment de l'extinction progressive de la prise en charge du minimum contributif décidé en LFSS pour 2017 (cf. fiche 4.6). Par ailleurs, la diminution des prises en charge de cotisation des PAM est la deuxième partie de la baisse programmée en 2016 et 2017, en contrepartie de l'alignement du taux maladie vers celui des autres indépendants. En 2018, les transferts internes continueraient de diminuer, en lien avec la baisse de la prise en charge du MICO mais aussi du fait d'une diminution des cotisations prises en charge au titre du chômage.

Le régime général et le FSV versent plus de transferts qu'ils n'en reçoivent

En 2017, le coût net des transferts pour le régime général et le FSV est de 14,3 Md€ (cf. tableau 1). Si le montant total des transferts versés est de 70,2 Md€ en 2017, leur niveau consolidé, c'est-à-dire une fois neutralisés les transferts internes, s'est élevé à 18,0 Md€. Ce montant intègre les transferts d'intégration financière des autres régimes de base (2,0 Md€) et la contribution de la CNAV au mécanisme de compensation démographique (4,5 Md€²), mais également d'autres transferts vers les régimes de base (prise en charge de prestations par la CNAF et le FSV, transferts au titre de l'adossment de la branche retraite des IEG,...) des dotations à des fonds ou organismes dans le domaine de la santé.

Ces dernières sont essentiellement constituées du transfert à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social qui a progressé de 11,7% en 2017 du fait de l'intégration des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Les autres transferts de cette catégorie ont augmenté en 2017 en raison du transfert à la branche maladie du financement des actions de prévention fonds d'intervention régional (FIR), auparavant assuré par l'Etat.

Les transferts reçus consolidés se sont élevés à 3,7 Md€ en 2017. Ils ont fortement diminué par rapport à 2016, en raison de la réduction de la capacité de financement de la branche vieillesse des salariés agricoles (et en conséquence de son reversement à la CNAV). Les recettes de ce régime sont en effet diminuées de 0,4 Md€ par l'affectation intégrale à la CNAM des droits de consommation sur les tabacs.

La LFSS pour 2018 supprime le RSI ce qui entraîne le rattachement de ses charges et produits au régime général. Cette consolidation comptable fait mécaniquement disparaître les transferts versés par le régime général à l'ex-RSI (correspondant aux transferts de compensation démographique et d'intégration financière).

La CNAV reçoit l'essentiel des transferts versés par le FSV

La CNAV est la seule branche excédentaire en termes de transferts versés et reçus (cf. graphique 2). La CNAM et la CNAM-AT sont proches de l'équilibre et la CNAF verse le quart de l'ensemble des transferts. Les transferts reçus par la CNAV proviennent de la CNAF (à hauteur de 10 Md€ en 2017) mais surtout du FSV (17,7 Md€) via les prises en charge de prestations et de cotisations.

¹ Ces flux financiers internes au régime général et au FSV (cf. tableau 1) sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général et du FSV en charges et en produits (cf. fiche 4.1).

² Pour plus de détail sur ces transferts se reporter à la fiche 5.3 du rapport CCSS de septembre 2017.

Tableau 1 • Ensemble des transferts du régime général et du FSV (M€)

	2015	2016	%	2017	%	2018 (p)	%
Transferts internes au régime général et au FSV	32 958	33 035	0,2	32 264	-2,3	31 958	-0,9
Transferts versés aux autres régimes de base	14 720	11 647	-20,9	11 424	-1,9	8 405	-26,4
Transferts vers les fonds (hors FSV)	20 709	23 230	12,2	25 476	9,7	26 389	3,6
<i>dont ONDAM médico-social</i>	15 180	17 897	17,9	19 996	11,7	20 494	2,5
<i>dont autres</i>	5 529	5 333	-3,5	5 480	2,8	5 895	7,6
Autres transferts versés	919	1 062	15,5	1 083	2,0	1 061	-2,1
Transferts versés par le régime général et le FSV	69 307	68 974	-0,5	70 247	1,8	67 813	-3,5
Total des transferts versés consolidés	21 168	18 042	-14,8	17 987	-0,3	15 361	-14,6
Transferts internes au régime général et au FSV	32 958	33 035	0,2	32 264	-2,3	31 958	-0,9
Transferts reçus des autres régimes de base	3 316	2 457	-25,9	2 097	-14,7	2 249	7,3
Transferts reçus des fonds (hors FSV)	16 372	19 302	17,9	21 319	10,5	21 747	2,0
<i>dont objectif global de dépenses (OGD)</i>	16 307	19 281	18,2	21 295	10,4	21 747	2,1
<i>dont autres</i>	65	21	--	24	++	0	++
Autres transferts reçus	242	282	16,6	272	-3,4	172	-36,8
Transferts reçus par le régime général et le FSV	52 888	55 076	4,1	55 952	1,6	56 126	0,3
Total des transferts reçus consolidés	4 749	4 144	-12,7	3 692	-10,9	3 673	-0,5
SOLDE DES TRANSFERTS CONSOLIDÉS	-16 419	-13 899		-14 295		-11 687	

Source: DSS/SDEPF/6A.

Notes : le total des transferts consolidés exclut les transferts internes mais également le transfert à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social. Ainsi le total des transferts consolidés versés est dans ce tableau inférieur à celui figurant dans le graphique 1.

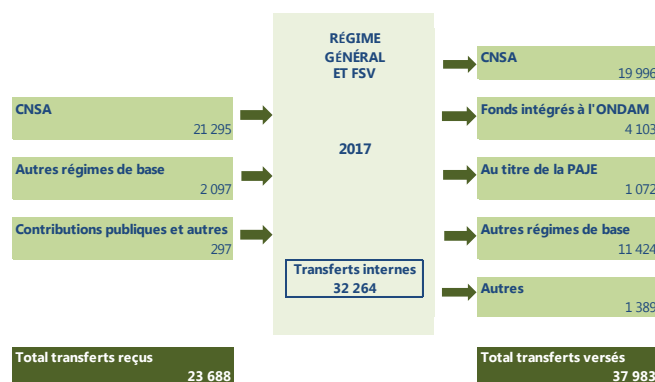
Tableau 2 • Transferts internes au régime général et au FSV

en millions d'euros

	Emetteur	Recepteur	2015	2016	2017	Structure 2017	%	2018 (p)	%
TRANSFERTS INTERNES AU RÉGIME GÉNÉRAL ET AU FSV			32 958	33 035	32 264	100%	-2,3	31 958	-0,9
Prises en charge de cotisations			21 918	22 249	22 306	69%	0,3	22 167	-0,6
Au titre du chômage	FSV	CNAV	10 871	11 045	11 327	35%	2,6	11 226	-0,9
Au titre de la maladie	FSV	CNAV	1 475	1 555	1 632	5%	5,0	1 750	7,2
Au titre des stagiaires, apprentis et du service national	FSV	CNAV	331	255	231	1%	++	278	20,5
Au titre de l'AVPF	CNAF	CNAV	5 077	5 068	5 092	16%	0,5	4 979	-2,2
Au titre des PAM	CNAM	CNAM et CNAF	1 795	1 924	1 623	5%	-15,6	1 517	-6,5
Au titre de la PAJE (y compris CSG)	CNAF	RG+FSV	2 271	2 316	2 322	7%	0,3	2 346	1,0
Au titre des préretraites pour amiante	CNAM-AT	CNAV	97	87	78	0%	-10,0	71	-9,6
Prises en charge de prestations			10 022	9 786	8 958	28%	-8,5	8 792	-1,9
Au titre du Mico	FSV	CNAV	3 400	3 093	2 228	7%	-28,0	1 590	-28,6
Au titre du minimum vieillesse	FSV	CNAV	2 310	2 295	2 275	7%	-0,9	2 445	7,5
Au titre des conjoints à charge et départs dérogatoires trois enfants	FSV	CNAV	31	38	0	0%	--	0	
Au titre des majorations de pensions	CNAF	CNAV	3 944	3 995	4 036	13%	1,0	4 313	6,9
Au titre du congé paternité	CNAF	CNAM	219	229	227	1%	-1,2	236	4,2
Prises en charge de départs dérogatoires en retraite	CNAM-AT	CNAV	118	136	192	1%	++	208	8,4
Autres transferts internes			1 018	1 000	1 000	3%	0,0	1 000	0,0
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	CNAM-AT	CNAM	1 000	1 000	1 000	3%	0,0	1 000	0,0
Remboursement des dépenses au titre du FIR	CNAM-AT	CNAM	18	0	0	0%	--	0	

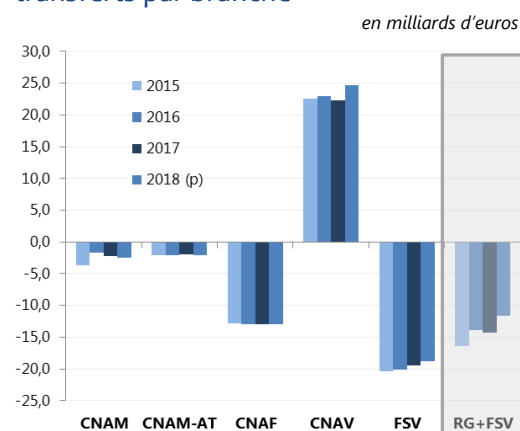
Source: DSS/SDEPF/6A. Note de lecture : à compter de 2016, les montants relatifs à la CNAM sont présentés sur un champ PUMA.

Graphique 1 • Vue synthétique des transferts du régime général et du FSV en 2017 (en M€)



Source: DSS/SDEPF/6A.

Graphique 2 • Évolution des soldes de transferts par branche



Source: DSS/SDEPF/6A.

5.5 Les comptes de la CADES

La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin d'amortir, sur une durée limitée et grâce à des ressources dédiées, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi. En application de l'article 4 bis de cette ordonnance introduit en 2005, chaque nouveau transfert de dette doit être accompagné d'un transfert de ressources suffisantes pour ne pas repousser l'horizon d'amortissement de la dette sociale, aujourd'hui estimé à 2024.

Le décret du 9 mai 2017 relatif à la Caisse d'amortissement de la dette sociale a modifié l'organisation interne de la caisse, en confiant à l'Agence France Trésor la gestion opérationnelle de la CADES. Ce rapprochement permet de gagner en efficacité en mutualisant les fonctions de placement de dette publique et de limiter les risques opérationnels en bénéficiant de ressources humaines accrues. La dette sociale reste toutefois cantonnée dans ce cadre, et gérée de manière totalement étanche de la dette de l'Etat.

Les dernières simulations montrent que la dette sociale sera apurée en 2024

Les simulations réalisées depuis 2012 et jusqu'à ce jour par la CADES indiquent que l'intégralité de la dette transférée en application de la loi devrait être remboursée en 2024, alors que la date d'extinction de la caisse était estimée à 2025 dans les prévisions réalisées à l'occasion de la LFSS pour 2011. En effet, le rendement des recettes affectées à la CADES, le niveau exceptionnellement bas des taux d'intérêt, ainsi que la gestion active de la dette, ont permis à la caisse de réduire la durée prévisionnelle d'accomplissement de sa mission.

En 2016, 23,6 Md€ ont été transférés à la CADES

L'année 2016 a été marquée par un transfert à la CADES de 23,6 Md€ de dette¹, en application de la LFSS 2016, qui a supprimé le plafond annuel de reprise de 10 Md€ fixé en LFSS pour 2011 et ainsi permis, dans un contexte de taux d'intérêt très bas, de saturer dès 2016 le plafond global de 62 Md€ fixé par la LFSS pour 2011.

La CADES a repris les déficits 2015 de la branche vieillesse du régime général et du FSV (4,2 Md€), les déficits de la CNAMTS et de la CNAF pour 2013 et 2014 (soit 18,9 Md€ globalement) ainsi qu'une partie du déficit de la CNAMTS pour 2015 (1,2 Md€), les déficits les plus anciens de la branche maladie restant prioritaires par rapport à ceux de la branche famille. Au total, le montant des dettes reprises par la CADES à la fin de l'année 2016 s'élevait à 260,5 Md€.

Le dynamisme des ressources affectées à la CADES (cf. encadré 1), qui se sont élevées à 16,8 Md€ pour l'année 2016, a permis à la CADES de dégager un résultat net de 14,4 Md€, correspondant à l'amortissement de la dette portée, soit un montant légèrement supérieur à l'objectif fixé en LFSS pour 2016 (14,2 Md€).

A fin 2016, la dette amortie par la CADES depuis sa création atteignait 124,7 Md€, soit 5,6 points de PIB. La dette restant à amortir au 31 décembre 2016 s'élevait à 135,8 Md€, soit 6,1 points de PIB.

Au 31 décembre 2017, la CADES a amorti 139,7 Md€ de dette sociale cumulée

En l'absence de reprise de dettes en 2017 et compte tenu des ressources mises à sa disposition, la CADES a amorti 15,0 Md€ de dettes en 2017, ce qui porte le montant total de la dette amortie au 31 décembre 2017 à 139,7 Md€. A fin 2017, le montant de dette restant à rembourser s'élève à 120,8 Md€ (soit 46% de la dette reprise).

Fin 2018, la CADES devrait avoir amorti 155,1 Md€

Tout comme en 2017, aucune reprise de dette n'est programmée en 2018. Au 31 décembre 2018, le montant global des reprises opérées par la CADES depuis sa création demeurera donc de 260,5 Md€. A cette date, la caisse devrait avoir amorti 15,4 Md€ sur l'année, portant le total amorti depuis la création de la caisse à 155,1 Md€, soit près de 59,5% de la dette reprise et près de 6,8 points de PIB. Il lui resterait alors 105,4 Md€ à rembourser soit 4,6 points de PIB.

¹ Décret du 4 février 2016.

Tableau 1 • Dette transférée à la CADES depuis 1996

En milliards d'euros

	REFERENCE	REGIME GENERAL	ETAT	CANAM	CHAMP FOREC	EXPLOITANTS AGRICOLES	TOTAL
1996	Ord. N°96-50 du 24 janvier 1996	20,9	23,4	0,5			44,7
1998	Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997	13,3					13,3
2003	Loi n° 2002-1467 du 20 décembre 2002				1,3		1,3
2004	Lois n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et 2004-810 du 13 août 2004	35,0			1,1		36,1
2005	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	6,6					6,6
2006	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	5,7					5,7
2007	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	-0,1					-0,1
2008	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	10,0					10,0
2009	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	17,0					17,0
2011	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2011-1906 du 21 décembre 2011	65,3				2,5	67,8
2012	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	6,6					6,6
2013	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	7,7					7,7
2014	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2013-1203 du 23 décembre 2013	10,0					10,0
2015	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2013-1203 du 23 décembre 2013	10,0					10,0
2016	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010, 2013-1203 du 23 décembre 2013 et 2015-1702 du 21 décembre 2015	23,6					23,6
au 31/12/2016		231,6	23,4	0,5	2,4	2,5	260,3

Source : DSS

Encadré 1 • Ressources de la CADES

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été jusqu'en 2008 la ressource quasi-unique de la CADES. Son taux est de 0,5%.

Pour satisfaire aux exigences de la loi organique du 2 août 2005 qui impose que toute nouvelle opération de reprise de dette par la CADES soit accompagnée de l'affectation de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une fraction de 0,2 point de CSG, auparavant attribuée au FSV, a été affectée à la CADES à compter du 1^{er} janvier 2009.

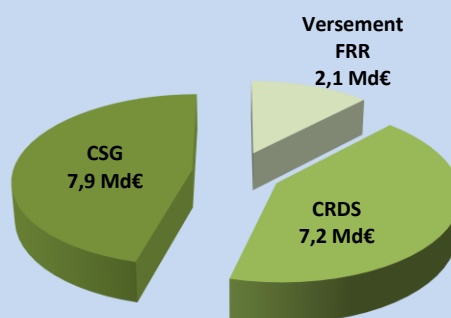
La reprise de dette votée en LFSS pour 2011 s'accompagne également d'une affectation à la CADES de recettes nouvelles permettant, conformément à la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, de ne pas prolonger de plus de quatre années l'horizon prévisionnel d'amortissement de la dette sociale. Il s'agit de :

- 0,28 point de CSG supplémentaire, auparavant affecté à la branche famille du régime général, portant le total de CSG affectée à la CADES à 0,48 point ;
- 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, antérieurement affecté au FRR ;
- un versement annuel par le FRR de 2,1 Md€ sur la période 2011-2024.

La LFSS pour 2016 a modifié la structure de financement de la CADES et supprimé l'affectation à la caisse du prélèvement social sur les revenus du capital au profit d'une nouvelle fraction de CSG portant la part de CSG affectée à la caisse de 0,48 à 0,60 point.

Au total, les ressources de la caisse, qui se sont élevées à 17,2 Md€ pour l'année 2017, devraient atteindre 17,9 Md€ en 2018.

Ressources de la CADES en 2017



La réalisation du programme de financement en 2017

L'année 2017 a été marquée par un rebond de la croissance dans l'ensemble des régions du monde, supérieur aux anticipations pour la première fois depuis 2010. Les banques centrales ont maintenu des taux très bas et organisé une diminution très progressive des volumes de titres obligataires achetés ou détenus. La remontée globale des taux, attendue par les marchés obligataires dans un contexte de retour du plein emploi aux Etats-Unis comme en Allemagne, ne s'est pas produite.

En 2017, la CADES a emprunté 8,67 Md€, dont deux emprunts souscrits sous le programme de droit anglais en dollars, pour un montant de 4,67 Md€, et un emprunt souscrit sous le programme de droit français en euros, pour un montant de 4 Md€.

Enfin, la CADES a remboursé 13,13 Md€ à l'échéance dont sept emprunts souscrits sous le programme de droit français, pour un montant de 7,94 Md€ et deux emprunts souscrits sous le programme de droit anglais en dollars, pour un montant de 5,19 Md€.

La politique d'émission de la CADES en 2018

En 2018, l'environnement devrait rester favorable, avec une poursuite de l'amélioration de la croissance économique mondiale. Le durcissement de la politique monétaire dans la zone euro devrait en outre rester très progressif. Une hausse de l'inflation plus marquée qu'attendue ainsi qu'une remontée brutale des taux ou encore un retour des inquiétudes sur les endettements souverains (États-Unis, Chine) pourraient cependant induire un retour de la volatilité. En tout état de cause, 2018 devrait marquer la fin du soutien massif des banques centrales.

Compte tenu de l'abondance de liquidités sur les marchés ainsi que de l'intérêt des investisseurs pour des actifs considérés comme sûrs, le taux de refinancement de la CADES augmente légèrement tout en demeurant à un niveau historiquement bas : 1,79% au 28 février 2018 contre 1,77% au 30 avril 2016 (cf. graphique).

Compte tenu des recettes propres de la CADES (cf. infra), le besoin de financement pour 2018 serait de l'ordre de 4 Md€. Il comprend le refinancement de 7,3 Md€ de tombées de titres de créance négociables, 13,8 Md€ de tombées obligataires, le paiement de 2,2 Md€ d'intérêts et une trésorerie au 31 décembre 2018 de 2,1 Md€.

Le programme de financement indicatif qui en découle sera réduit à environ 4 Md€, soit, a priori, deux opérations de référence de taille limitée à 2 Md€, en dollars ou en euros. L'encours à court terme sera quasi nul en fin d'année même si le programme d'émissions à court terme restera très actif notamment au premier semestre.

Enfin, les ressources nettes (17,9 Md€) de la CADES pour 2018 se décomposeraient ainsi :

- la CRDS au taux de 0,5 % pour un montant net prévisionnel de 7,6 Md€ ;
- la CSG au taux de 0,60 % pour un montant net prévisionnel de 8,1 Md€ ;
- le versement annuel du FRR d'un montant de 2,1 Md€.

L'objectif d'amortissement pour 2018 a été fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 à 15,2 Md€.

Encadré 2 • Stratégie de financement de la CADES

Pour faire face à ses engagements, la CADES est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son conseil d'administration dont les principes fondamentaux sont :

- la minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché ;
- la crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros) ;
- l'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués) ;
- une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollar américain, livre sterling, dollar australien, yen), le risque de change étant cependant neutralisé ;
- un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais)

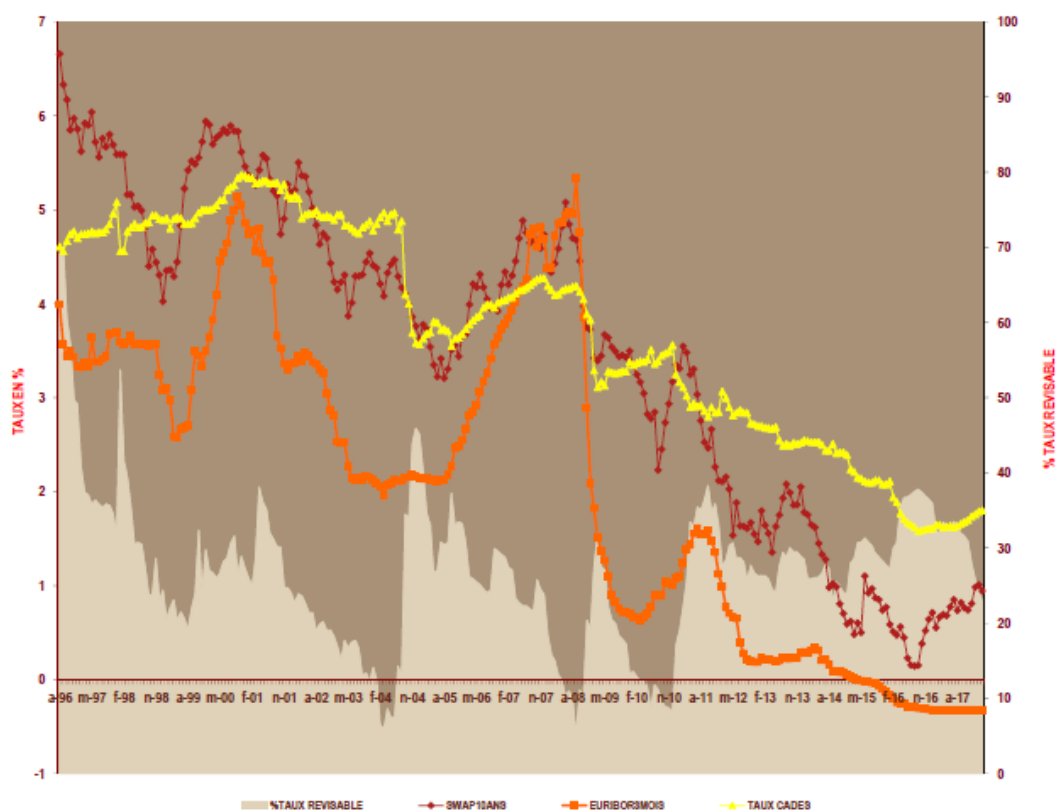
Tableau 2 • Amortissement de la dette sociale

En millions d'euros

Année de reprise de dette	Dette reprise cumulée	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011	202 378	11 678	59 614	-142 764
2012	209 026	11 949	71 563	-137 463
2013	216 745	12 443	84 006	-132 739
2014	226 887	12 717	96 723	-130 164
2015	236 887	13 513	110 236	-126 651
2016	260 496	14 426	124 662	-135 834
2017	260 496	15 044	139 706	-120 790
2018 (prévisions)	260 496	15 401	155 107	-105 389
2019 (prévisions)	260 496	16 005	171 112	-89 384

Source : CADES

Graphique • Evolution du taux de refinancement de la CADES



Source : CADES

5.6 Les comptes du FRR

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020.

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 soulte versée au régime général par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossément du régime spécial de retraite des IEG.

Parallèlement au transfert à la CADES des déficits de la CNAV et du FSV sur la période 2011-2018, dans la limite globale de 62 Md€, la LFSS pour 2011 a prévu la mobilisation anticipée des ressources du fonds : d'une part, le produit de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital dont bénéficiait le FRR a été réaffecté à la CADES à compter de 2011, le fonds ne disposant donc plus de recettes autres que ses produits financiers ; d'autre part, le FRR effectue des versements annuels au profit de la CADES – depuis 2011 et jusqu'en 2024 – à hauteur de 2,1 Md€ au titre de la réalisation progressive de ses actifs.

Au 31 décembre 2017, l'actif net du FRR est valorisé à 36,4 Mde

Pour répondre à ses engagements vis-à-vis de la CADES, le fonds a mis en œuvre, depuis décembre 2010, une politique d'investissement fondée sur une nouvelle allocation stratégique de son portefeuille d'actifs. Il est désormais structuré en une poche dite « de couverture », composée d'actifs obligataires, organisant un adossément partiel au passif, et une poche dite « de performance » regroupant des actifs diversifiés visant un surcroît de rendement. Au 31 décembre 2017, le portefeuille d'actifs du FRR se composait pour 55,6% d'actifs de performance – dont 78% d'actions – et pour 44,4% d'actifs obligataires de couverture, comprenant une part substantielle de titres d'émetteurs souverains (cf. tableau 3).

A la même date, après le septième versement de 2,1 Md€ opéré en faveur de la CADES, la valeur de marché des actifs du FRR s'établissait à 36,4 Md€, dont 5,2 Md€ correspondent à la valorisation de la soulte des industries électriques et gazières. La valeur des actifs du fonds était de 36,0 Md€ un an auparavant (cf. tableau 1). Elle a ainsi connu une hausse nette de 0,4 Md€ sur l'année.

Le surplus, qui correspond à la valeur de l'actif net du fonds déduit de son passif actualisé (lui-même en baisse continue du fait de la réduction année après année du montant restant à verser à la CADES), a progressé de 2,2 Md€, pour s'établir à 16,5 Md€. Un surplus positif témoigne de la capacité du Fonds à couvrir son passif, et permet d'envisager une valorisation importante lorsque le fonds aura honoré ses engagements actuels, à l'horizon 2024. Par ailleurs, un surplus qui croît signifie que le rendement obtenu dépasse les décaissements de l'exercice. Le ratio de financement du FRR qui en résulte a donc continué de progresser, s'établissant à 183% au 31 décembre 2017. A cette date, l'actif net du FRR aurait ainsi permis de payer 1,83 fois le passif.

Tableau 1 • Valeur de marché de l'actif du FRR au 31 décembre et performance annuelle des placements

	2014	2015	2016	2017
Valeur de marché des actifs au 31/12	37,2 Md€	36,3 Md€	36,0 Md€	36,4 Md€
dont soulte IEG	4,4 Md€	4,5 Md€	4,8 Md€	5,2 Md€
Versements cumulés à la CADES	8,4 Md€	10,5 Md€	12,6 Md€	14,7 Md€
Performance annuelle des placements	8,7%	3,1%	5,0%	7,2%
Performance annualisée depuis l'origine	4,2%	4,1%	4,2%	4,4%

Source : DSS/FRR

Pour l'année 2017, la performance du FRR a atteint 7,2%

La performance annuelle – ou rendement – du FRR s'entend ici comme la variation de la valeur du portefeuille global (son actif net), hors décaissement au profit de la CADES. La valeur des actifs est fondée sur leurs cours de marché pour les actifs cotés, et sur une valorisation par des experts indépendants pour

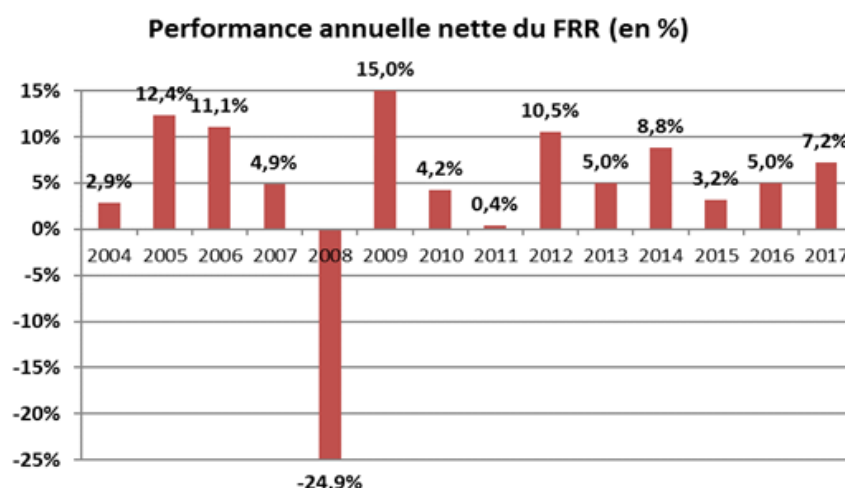
les actifs non cotés (ces derniers demeurants marginaux dans le portefeuille). Le rendement de 12,8% de la poche de performance est en augmentation par rapport à 2016, où elle s'était élevée à 8,2%.

En 2017, le prix des actions a profité des bons indicateurs de croissance économique non anticipés, notamment en zone euro et aux Etats-Unis, et de l'effet de substitution lié aux taux d'intérêts pesant sur le prix des obligations. Les marchés financiers des pays émergents, très sensibles à la croissance mondiale, ont également fortement progressé. Enfin, les actions japonaises ont bénéficié de la baisse du Yen et de la forte politique de rachat de titres de la Banque centrale du Japon (BoJ).

La poche de couverture affiche une performance de 1,5%, contre 3,1% en 2016, en raison notamment de la baisse des primes de risque sur les obligations d'entreprises de qualité, composant près de 26% du portefeuille du FRR.

Dans ces conditions, la performance globale en moyenne annuelle du fonds depuis sa création s'élève à 4,4%, à un niveau constant depuis 2014. La mise en place de la gestion fondée sur deux poches d'investissement distinctes en 2010 a permis d'accroître la performance du fonds qui s'élève depuis à 5,7%, ce qui a permis de compenser largement les effets de la crise financière de 2008. A noter que cette performance est également facilitée par le poids relativement décroissant de la poche de couverture compte tenu de la baisse du passif actualisé.

Graphique 1 • Performance annuelle du FRR depuis sa création



Le résultat net du FRR s'est établi à 2,4 Md€ en 2017

En 2017, le FRR a dégagé un résultat financier positif de 2,54 Md€, en forte augmentation par rapport à 2016 où il avait atteint 0,8 Md€ (cf. tableau 2). Ce résultat abonde les réserves du fonds.

Le solde des plus et moins-values de cessions des valeurs mobilières reste positif et atteint 1 366 M€, retrouvant le niveau de 2015 (1 405 M€) ; en 2016, le solde était très inférieur (750 M€) puisqu'une grande part de la hausse du cours des actions n'a été observée qu'en fin d'année. Par conséquent, une part importante des plus-values réalisées à cette période n'avait pas pu être matérialisée en cessions et étaient classées en plus-values latentes.

Conformément aux dispositions de son allocation stratégique, le fonds réalise des opérations de change visant à couvrir au moins 90% de l'exposition en devise des actifs de performance et 100% de celle des actifs de couverture contre le risque de dépréciation. Ces opérations de couverture ont conduit le fonds à enregistrer une plus-value de 649 M€ en 2017 (contre une perte de 548 M€ en 2016). Cet écart découle notamment de la hausse de l'euro face au dollar, passé de 1,05 à 1,20 soit une hausse de 14%.

Les revenus de valeurs mobilières de placement qui proviennent essentiellement des tombées de coupons et des dividendes des actions se sont élevés à 681 M€, à un niveau stable par rapport à 2016 (700 M€), en lien avec le maintien à des niveaux bas des taux obligataires.

Enfin, les opérations relatives aux instruments financiers à terme du FRR ont également conduit le fonds à enregistrer un gain net de 303 M€ en 2017, alors qu'il avait enregistré une perte nette de 23 M€ en 2016. Ce type de produits apporte au fonds la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs, en lui

permettant d'ajuster les parts respectives des grandes catégories d'actifs (actions, obligations) plus rapidement qu'en modifiant les portefeuilles physiques. Ces instruments ont été mobilisés afin d'ajuster le portefeuille en fonction des fluctuations des marchés.

Tableau 2 • Résultat financier du FRR depuis 2014, en millions d'euros

	2014	2015	2016	2017
RESULTAT FINANCIER DE L'EXERCICE	1 504	1 619	810	2 488
Charges financières	1 406	2 531	2 635	1 533
Pertes sur cessions de valeurs mobilières	381	260	438	243
Pertes de change	518	1 336	1 052	377
Pertes sur instruments financiers à terme	273	571	702	225
Autres	39	147	328	292
Attribution part du résultat à la CNIEG	195	217	116	397
Produits financiers	2 910	4 149	3 445	4 021
Revenus de valeurs mobilières	840	790	700	681
Produits sur cession de valeurs mobilières	1 426	1 665	1 188	1 609
Gains de change	253	797	504	1 026
Instruments financiers à terme	369	690	680	528
Autres	22	207	374	177
RESULTAT DE L'EXERCICE	1 412	1 500	747	2 392
Frais de fonctionnement	92	119	63	96
dont commissions de gestion	70	93	35	73

Source : DSS/FRR

Note de lecture : Le résultat présenté ci-dessus ne prend en compte que les gains et pertes effectivement réalisés sur les cessions de titres. Il n'intègre donc pas les plus ou moins-values latentes.

Tableau 3 • Composition de l'actif du FRR au 31 décembre de l'année

COMPOSITION DE L'ACTIF DU FRR	31 déc. 2016	31/12/2017
Actifs de performance	51,0%	55,6%
Actions	38,9%	43,6%
<i>dont actions européennes</i>	21,2%	23,0%
<i>dont actions non européennes</i>	13,4%	13,0%
<i>dont matières premières</i>	0,0%	0,0%
<i>dont actions couvertes par des options</i>	4,3%	7,6%
Obligations d'entreprises à haut rendement	3,2%	2,6%
Obligations des pays émergents	5,6%	6,2%
Actifs non cotés	3,3%	3,2%
<i>dont prêts à l'économie</i>	1,8%	2,2%
<i>dont capital investissement</i>	1,3%	0,7%
<i>dont infrastructure et immobilier</i>	0,2%	0,3%
Actifs de couverture	49,0%	44,4%
Obligations	47,7%	42,9%
<i>Obligations d'adossement</i>	21,5%	17,3%
<i>Obligations d'Etats développés</i>	0,0%	0,0%
<i>Obligations d'entreprises de qualité</i>	26,2%	25,6%
Liquidités	1,3%	1,5%

Source : DSS / FRR

6. ANNEXES

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES À LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article L. 114-1 du code de la Sécurité sociale

Article L. 114-1

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale (Art.15)

Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille (Art.34)

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (Art.3)

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 40)

Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (Art. 49)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de Sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la Sécurité sociale avec l'État et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la Sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la Commission.

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES À LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Articles D. 114-1 à D. 114-4 du code de la Sécurité sociale

Article D. 114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

- 1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;
- 2° Un membre du Conseil économique, social et environnemental désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental ;
- 3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;
- 4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :
 - a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;
 - b) Trois par le conseil national du patronat français ;
 - c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
 - d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;
 - e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;
 - f) Un par l'union nationale des associations familiales
- 5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;
- d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
- e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;
- f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;
- g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;
- h) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;
- i) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;
- j) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- k) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;
- l) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;
- m) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;
- n) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-2

Le secrétaire général permanent assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président.

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission.

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D.114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au Secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

COMPOSITION DE LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PRÉSIDENTS

M^{me} Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé

M. Gérald DARMANIN, Ministre de l'Action et des Comptes publics

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Olivier VERAN

Député de l'Isère

M. Stéphane LE FOLL

Député de la Sarthe

M^{me} Agnès FIRMIN-LE BODO

Députée de la Seine-Maritime

M^{me} Audrey DUFEU-SCHUBERT

Députée de la Loire-Atlantique

SÉNATEURS

M^{me} Catherine DEROCHE

Sénatrice de Maine et Loire

M^{me} Michelle MEUNIER

Sénatrice de la Loire-Atlantique

M. Jean-Noël CARDOUX

Sénateur du Loiret

M. Jean-Marie VANLERENBERGHE

Sénateur du Pas-de-Calais

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

M. Michel CHASSANG

Membre du Conseil économique et social

III - COUR DES COMPTES

M. Jean-Pierre LABOUREIX

Conseiller maître à la Cour des comptes

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Serge LEGAGNOA	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Marie-Joseph PARLE	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Jean-François GOMEZ	Délégué national du secteur protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Delphine BENDA	Directrice de la Commission protection sociale au Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Claude TENDIL	Président de la Commission protection sociale au Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-Michel POTTIER	Vice-président chargé des Affaires sociales et de la Formation à la Confédération des petites et moyennes entreprises en charge des affaires sociales (CPME)
M. Robert VERGER	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Alain GRISET	Président de l'Union des entreprises de proximité (U2P)
M. Alain FERETTI	Administrateur de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Eudes TESSON	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. William GARDEY	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM)
M ^{me} Florence SAUTEJEAU	Présidente de la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM CAT/MP)
M. Gérard RIVIERE	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
M. Isabelle SANCERNI	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Pascal CORMERY	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Monique DURAND	Présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
Monsieur Louis GRASSI	Président de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSSTI)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Alain VASSELLE	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Bernard BILLON	Président du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Jean-Louis MALYS	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Frédéric AGENET	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)
M. Thierry BEAUDET	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

VI - CENTRE NATIONAL DES PROFESSIONS DE SANTÉ

M. Luis GODINHO Vice-président du Centre national des professions de santé (CNPS)

PROFESSIONS DE SANTÉ

M. Jean-Paul ORTIZ Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

M. Jean-Paul HAMON Président de la Fédération des médecins de France (FMF)

M. Jacques BATTISTONI Président du syndicat des médecins généralistes (MG France)

M. Philippe VERMESCH Président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

M. Antoine DUBOUT Président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)

M. David GRUSON Délégué général à la Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Lamine GHARBI Président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

VII - PERSONNES QUALIFIÉES

M^{me} Dominique POLTON Présidente de la Commission des comptes de la santé

M^{me} Delphine REMILLON Responsable de l'Unité recherche démographique économique – Institut national d'études démographiques (INED)

M. Philippe GAERTNER Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)

M. Dominique CORONA Secrétaire national de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) – secteur protection sociale, prévoyance collective

M. Philippe LAMOUREUX Directeur général – Les entreprises du médicament (LEEM)

M^{me} Véronique CAZALS Directrice de la santé – Fédération française de l'Assurance (FFA)

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Christian CHARPY Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M. Gilles de MARGERIE	Commissaire général France Stratégie – Premier Ministre
M. Maurice-Pierre PLANEL	Président du Comité économique des produits de santé – ministère des Solidarités et de la Santé
M ^{me} Amélie VERDIER	Directrice du Budget – ministère de l'Action et des Comptes publics
M ^{me} Fabienne LEBON	Experte en droit social à la direction générale des entreprises – SCIDE – ministère de l'Économie – ministère de la Cohésion des territoires
M. Patrick AUGERAUD	Chef du Bureau comptabilité de l'État – DGFIP – ministère de l'Économie
M ^{me} Cécile COURREGES	Directrice générale de l'offre de soins – ministère des Solidarités et de la Santé
M. Jérôme SALOMON	Directeur général de la santé – ministère des Solidarités et de la Santé
M ^{me} Odile RENAUD-BASSO	Directrice générale du Trésor – ministère de l'Économie
M. Jean-Marc AUBERT	Chef de service – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – ministère des Solidarités et de la Santé – ministère du Travail – ministère de l'Action et des comptes publics
M ^{me} Mathilde LIGNOT-LELOUP	Directrice de la Sécurité sociale – ministère des Solidarités et de la Santé – ministère de l'Action et des Comptes publics
M. Jean-Luc TAVERNIER	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère de l'Économie
M. Michel GOMEZ	Sous-directeur du Travail et de la Protection sociale – Secrétariat général – ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
M. Gérard BELET	Chef de la Mission « Couverture des risques sociaux, cohésion sociale et sécurité sanitaire » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie – ministère de l'Action et des Comptes publics
M ^{me} Marie-Laurence PITOIS-PUJADE	Chef de la Mission « Santé » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie – ministère de l'Action et des Comptes publics

