

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2019
PRÉVISIONS 2020**

**RAPPORT
juin 2020**

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

Jean-Pierre LABOUREIX

Pour la direction de la Sécurité sociale

Blanche BASILIEN	Kristel JACQUIER
David BERNSTEIN	Anne-Claire HOREL
Youssef BOURHIM	Mathieu JARDIN
Bertrand CHARBONNIER	Thomas LABRUNE
Céline CHAROZÉ	Pauline LURDOS
Benjamin COLLIN	Alain MACÉ
Valère CORMIER	Charlotte MASIA
Morgan DELAYE	Benoit NALLET
Pierre DESJONQUERES	Melina RAMOS GORAND
Romain DI SANO	Elise PESONEL
Valérie DIXON	David POTREL
Akram EL SAADANY	Pierre PRADY
Emmanuel GLACHAND	Léa RIVOT
Anna GOMEZ-COLOMBANI	Damien VERGÉ
Florian FREZOULS	Augustin VICARD
Mathis HARADJI	

Pour la mission comptable permanente

Dorastella FILIDORI, Marie DESPLANQUES et Andry RAKOTOARSON

Pour l'ACOSS

Gaëlle PRIOUX, Christophe MORNET, David JACQUIN et Yoann BARTHE

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD

Progiciel de génération du rapport

Laurent GAILLARD

Organisation : 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 2019-2020

SYNTHESE.....	7
1. LES RECETTES	35
1.1 Vue d'ensemble des recettes	36
1.2 Les cotisations	40
1.3 La CSG	46
1.4 Les autres contributions, impôts et taxes	49
1.5 Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital	54
1.6 Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi	57
1.7 Les créances sur les entreprises	63
2. LES DEPENSES	65
2.1 Vue d'ensemble des dépenses	66
2.2 L'ONDAM en 2019	70
2.3 De l'ONDAM aux comptes du régime général	81
2.4 Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM	83
2.5 Les prestations de retraite des régimes alignés	87
2.6 Les prestations familiales.....	93
3. ECLAIRAGES	97
3.1 Financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes	98
3.2 Les droits à retraite attribués au titre du chômage	102
3.3 La prise en compte de la monoparentalité dans les prestations familiales	108
3.4 Les assiettes des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants	114
3.5 Le marché du médicament en officine de ville en 2019	120
3.6 Eclairage international : modalités innovantes de prise en charge des nouveaux produits de santé onéreux	124
3.7 Biologie médicale de ville.....	129
4. LES COMPTES DU REGIME GENERAL, DU FSV ET DE LA CNSA.....	133
4.1 Les comptes du régime général et du FSV	134
4.2 Les comptes de la branche maladie	140
4.3 Les comptes de la branche AT-MP	143
4.4 Les comptes de la branche vieillesse	147
4.5 Les comptes de la branche famille.....	151
4.6 Les comptes du FSV	154
4.7 Les comptes de la CNSA.....	158
5. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES	161
5.1 La contribution du régime général au besoin de financement des ASSO	162
5.2 Les charges et produits financiers de l'ACOSS.....	166
5.3 Du résultat comptable à la variation de trésorerie	170
5.4 Vue d'ensemble des transferts	172
5.5 Les comptes de la CADES.....	174
5.6 Les comptes du FRR	178

6. ANNEXES..... 183

SYNTHESE

Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale est présenté cette année dans un contexte exceptionnel lié à une épidémie sans précédent depuis l'instauration de la sécurité sociale par son intensité et ses conséquences économiques et sociales. L'état d'urgence sanitaire a été déclaré le 16 mars 2020 pour une durée de deux mois et prolongé jusqu'au 10 juillet. Un confinement strict a été mis en place le 17 mars suivi d'une levée partielle et progressive à partir du 11 mai. Des mesures aux conséquences massives pour les finances publiques ont été décidées pour faire face aux tensions dans le système de soins et accompagner entreprises et salariés confrontés à des chutes brutales d'activité. Moins de trois mois après sa publication, la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ainsi été bouleversée.

C'est la raison pour laquelle le rapport d'aujourd'hui a été adapté à ces circonstances inédites. Il comprend selon l'usage une analyse des résultats de l'année 2019 ainsi que des éclairages sectoriels. En l'absence de loi de financement rectificative en cours d'année, la prévision actualisée des comptes 2020 du régime général et du FSV de ce rapport présente une évolution tendancielle des recettes et des dépenses très affectée par la crise sanitaire et l'ampleur des mesures exceptionnelles qui ont été décidées pour y faire face.

Ces prévisions n'ont pu s'appuyer que très récemment sur les hypothèses macro-économiques associées au troisième projet de loi de finances rectificative présenté en conseil des ministres le 10 juin. Elles ont été construites avec des marges d'incertitude très supérieures à celles habituellement rencontrées à mi-année. Certaines hypothèses de calcul ont un caractère conventionnel en l'absence de référence possible à des situations comparables.

En conséquence, les projections actualisées pour 2020 du régime général et du FSV ne sont présentées que dans la synthèse de ce rapport, avec des comptes 2020 par branches. Elles font apparaître une dégradation historique des comptes de la sécurité sociale. Le déficit pour 2020 du régime général et du FSV est désormais estimé à 52 Md€. Cette prévision repose sur une hypothèse de baisse en volume du PIB de 11% et une diminution de la masse salariale du secteur privé de 9,7%. Toutes les branches de la sécurité sociale seraient concernées, la branche maladie étant la plus affectée à la fois en recettes et en dépenses, là où les autres branches subissent surtout les conséquences d'un affaïssement de leurs recettes. Pour faire face aux besoins de trésorerie immédiats, le plafond des ressources non permanentes auxquelles le régime général est autorisé à recourir, initialement fixé à 39 Md€ par la LFSS pour 2020, a été porté à 95 Md€ en deux étapes par décret. Jamais la sécurité sociale n'a subi une détérioration aussi brutale et rapide de ses comptes.

En 2019, un déficit en légère hausse, en nette amélioration par rapport aux estimations de LFSS pour 2020, une trajectoire de retour à l'équilibre suspendue

Alors que la LFSS pour 2019 tablait sur un retour à l'équilibre (+0,1 Md€), la LFSS pour 2020 prévoyait de nouveau, dans sa partie rectificative, un déficit de 5,4 Md€ du régime général et du FSV en 2019. Deux facteurs expliquaient la plus grande partie de cette révision : des hypothèses économiques moins favorables qu'en début d'année, en particulier de masse salariale, et le vote après la LFSS pour 2019 de plusieurs mesures d'allègement de prélèvements sociaux non compensées par l'Etat.

Il s'agissait notamment de mesures d'urgence économiques et sociales, avec le rétablissement d'un taux intermédiaire de CSG à 6,6 % pour les petites retraites (coût pérenne d'1,5 Md€) et l'avancement au 1^{er} janvier 2019, au lieu du 1^{er} septembre dans la LFSS, de l'exonération des cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires (coût d'1,2 Md€ pour la seule année 2019).

Le déficit 2019 du régime général et du FSV s'établit finalement à -1,9 Md€, après -1,2 Md€ en 2018. Le régime général est quasiment à l'équilibre (-0,4 Md€) et le FSV voit son déficit ramené à -1,5 Md€.

Cette amélioration de 3,5 Md€ constatée en fin d'exercice par rapport à l'estimation révisée de la LFSS pour 2020 s'explique à hauteur de 2,4 Md€ par des recettes supérieures aux attentes en matière de cotisations sociales (+1,3 Md€) et de CSG (+1,1 Md€). Si les recettes assises sur les revenus du secteur privé ont été proches de la prévision (+0,2 Md€), les prélèvements acquittés par les travailleurs indépendants ont été supérieurs de 1,2 Md€, traduisant une dynamique élevée de leurs revenus 2018 qui servent d'assiette au calcul

final des prélèvements sociaux de 2019. De plus, les recettes des salariés agricoles ont été supérieures de 0,3 Md€ aux prévisions. Les recettes assises sur les revenus du capital ont été plus élevées de 0,7 Md€, cette dynamique concernant la plupart des revenus taxés (plus-values immobilières, dividendes, assurance-vie notamment). A l'inverse, les autres impôts affichent un rendement globalement inférieur à la prévision de 0,5 Md€ (forfait social -140 M€, taxes tabac -130 M€, taxe sur les salaires -150 M€).

Les prestations sociales ont été inférieures de 0,8 Md€ à la prévision. La branche retraite explique la moitié de cet écart, notamment au titre du minimum contributif, et l'ONDAM a été respecté avec une légère sous-exécution à hauteur de 60 M€. Les dépenses de gestion administrative ont été inférieures de 0,3 Md€ à la prévision.

Au total, même si le seul régime général a terminé l'année dans une situation proche de l'équilibre, l'augmentation du déficit du régime général et du FSV interrompt une trajectoire de retour progressif vers l'équilibre amorcée en 2011, après la récession provoquée par la crise financière de 2008-2009.

Tableau 1 ● soldes des branches du régime général et du FSV de 2010 à 2019

en milliards d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
Régime général	-23,9	-17,4	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8	-4,1	-2,2	0,5	-0,4	-49,9
CNAM maladie	-11,6	-8,6	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-4,9	-0,7	-1,5	-31,1
CNAM-AT-MP	-0,7	-0,2	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,0	-0,7
CNAV	-8,9	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	0,9	1,8	0,2	-1,4	-14,9
CNAF	-2,7	-2,6	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-1,0	-0,2	0,5	1,5	-3,1
FSV	-4,1	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9	-3,6	-2,9	-1,8	-1,6	-2,1
RG+FSV	-28,0	-20,9	-17,5	-15,4	-13,2	-10,8	-7,8	-5,1	-1,2	-1,9	-52,0

Source : DSS

S'agissant des autres régimes de base, la situation s'est aussi légèrement améliorée en fin d'exercice. Le déficit de la CNRACL (0,7 Md€), dû à la moindre dynamique des cotisations par rapport aux prestations, est d'un montant légèrement inférieur aux excédents de la CNAVPL (0,4 Md€), des exploitants agricoles (0,15 Md€) et de la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 Md€ ; CRPCEN ; voir tableau en annexe).

L'année 2019 a aussi été marquée par une recomposition très significative des recettes de la sécurité sociale, en raison principalement de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en allègements généraux de cotisations. La part des cotisations sociales a ainsi significativement baissé avec, à titre principal, la suppression de six points du taux de cotisation patronale maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC et la mesure précitée d'exonération de cotisation sur les heures supplémentaires. En sens inverse, les produits des impôts, taxes et contributions sociales hors CSG augmentent très fortement en raison de l'affectation de TVA en contrepartie de ces baisses de cotisations. Enfin, malgré le dynamisme de la CSG sur les revenus du capital, la CSG baisse globalement de 13,6% en raison de transfert de CSG à l'Unédic et à la CNSA et de la baisse précitée du taux sur certaines pensions.

Avec la crise sanitaire, une dégradation spectaculaire de la situation économique

Le contexte d'incertitude exceptionnellement élevée a conduit le gouvernement à modifier à trois reprises le cadrage macro-économique de la loi de finances, à la mi-mars avec un premier projet de loi de finances rectificative pour 2020, en avril avec le programme de stabilité et un deuxième projet de loi de finances rectificative, enfin le 10 juin avec l'adoption en conseil des ministres d'un troisième projet de loi de finances rectificative.

Les hypothèses économiques associées au troisième projet de loi de finances rectificative anticipent une baisse du PIB de 11% en volume sur l'ensemble de l'année 2020. La masse salariale du secteur privé soumise à cotisation se contracterait de 9,7%, comme le PIB en valeur. Ces hypothèses prévoient un recul très important de l'emploi total (1,2 million d'emplois perdus fin 2020 par rapport à fin 2019 ; baisse de 4,1% pour le seul emploi salarié), en raison des destructions d'emplois liées à la chute brutale d'activité induite par les mesures de confinement et les restrictions aux échanges internationaux. Cette diminution de l'emploi total resterait plus limitée que celle de l'activité, grâce au recours massif des employeurs à l'activité partielle financée par l'Etat et l'Unedic. Pour la même raison, le salaire moyen baisserait de 5,7%, l'allocation versée aux salariés dans ce dispositif n'étant pas considérée comme un salaire soumis à cotisation mais comme un revenu de remplacement. Les prix hors tabac ne progresseraient que de 0,2%, en lien avec la contraction de l'activité et la faiblesse des prix de l'énergie.

Tableau 2 ● principales hypothèses macro-économiques (2015-2020)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
Produit intérieur brut (PIB)						
Volume	1,1%	1,2%	2,2%	1,7%	1,4%	-11,0%
Valeur	2,3%	1,9%	2,8%	2,5%	2,7%	-9,7%
Masse salariale						
Secteur privé champ URSSAF	1,7%	2,4%	3,5%	3,5%	3,1%	-9,7%
Emploi	0,1%	1,0%	1,6%	1,6%	1,4%	-4,1%
Salaire moyen	1,6%	1,4%	2,0%	1,9%	1,6%	-5,7%
Plafond de la sécurité sociale						
Montant annuel en euros	38 040	38 616	39 228	39 732	40 524	41 136
Variation en %	1,3%	1,5%	1,6%	1,3%	2,0%	1,5%
Hausse des prix et taux de revalorisation						
Prix hors tabac	0,0%	0,2%	1,0%	1,6%	1,0%	0,2%
Revalorisation de la BMAF en moyenne annuelle	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%	0,5%	0,3%
Revalorisation des pensions en moyenne annuelle	0,0%	0,1%	0,2%	0,6%	0,3%	1,0%

Source : DSS

Le Haut Conseil des finances publiques, dans son avis du 10 juin 2020, souligne que la crise sanitaire se traduit par des incertitudes d'une ampleur inédite qui rendent difficile tout exercice de prévision économique et par des chocs qui suscitent des réponses budgétaires d'une portée inhabituelle. Il considère comme prudente la prévision du gouvernement d'un recul de l'activité de 11% en 2020. Il note que le scénario du Gouvernement ne suppose plus, contrairement à celui présenté dans le précédent PLFR, un retour rapide à la normale de l'activité, mais prévoit que l'activité restera au second semestre nettement en dessous de son niveau de la fin de 2019. Une poursuite de l'évolution favorable du contexte sanitaire et une utilisation plus forte au second semestre de l'épargne contrainte accumulée par les ménages pourraient conduire à une récession moins marquée. Le Haut Conseil estime que l'emploi pourrait être un peu plus élevé que prévu par le Gouvernement, mais l'inflation, à l'inverse, un peu plus basse.

Pour illustrer les nombreux aléas, favorables ou défavorables, susceptibles d'affecter substantiellement les perspectives financières de la sécurité sociale, le tableau ci-dessous fournit une analyse de sensibilité des soldes du régime général et par branche à la variation de trois variables macroéconomiques clef : la masse salariale du secteur privé, la consommation et l'inflation.

Tableau 3 ● sensibilité des résultats aux hypothèses de prévision

En millions d'euros

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAV	CNAF	Régime général
IMPACT SUR LES RECETTES					
Consommation : impact d'une hausse de 1 % de la TVA	400	0	0	0	400
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	860	120	820	260	2 060
IMPACT SUR LES DEPENSES					
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 910	90	0	0	2 000
Inflation : impact (en année pleine et décalé d'environ 12 mois) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation légale des prestations	70	40	1 260	280	1 650

Source : DSS

Sur longue période, la masse salariale comme la consommation en valeur ont tendance à évoluer proportionnellement au PIB en valeur, de sorte qu'une variation de 1% du PIB entraîne une variation également de 1% de la consommation ou de la masse salariale. La prévision sous-jacente au troisième projet de loi de finances rectificative prévoit par exemple une baisse du PIB en valeur de 9,7%, identique celle de la masse salariale. Une telle relation de proportionnalité n'est toutefois pas toujours observée à court-terme, mais elle s'avère utile pour produire une analyse de sensibilité. Ainsi, à titre illustratif, une hausse ou une baisse de 2 points du PIB, qui entraînerait une hausse ou une baisse équivalente de 2 points de la masse salariale du secteur privé et de la consommation, engendrerait, pour le régime général, des pertes de recettes assises sur la masse salariale (cotisations, CSG et CRDS) de 4,1 Md€ (2,1 Md€ x 2), et des pertes de TVA de 0,8 Md€ (0,4 Md€ x 2), soit près de 5 Md€ au total. Une telle estimation, fruste, constitue probablement un minorant de l'impact d'une variation du PIB sur les recettes du régime général, dans la mesure où d'autres recettes significatives seraient également affectées, comme la taxe sur les salaires ou le forfait social. Enfin, l'effet de l'inflation sur la situation financière de la sécurité sociale est moins immédiat. Il transite principalement par les revalorisations annuelles automatiques des prestations, à partir de l'inflation observée lors des 12 derniers mois. Ainsi, une hausse d'un point de l'inflation augmenterait les dépenses du régime général de 1,65 Md€, mais avec un décalage temporel de l'ordre d'un an, qui ne serait donc pas perceptible avant 2021.

Vers un déficit historique de la sécurité sociale en 2020

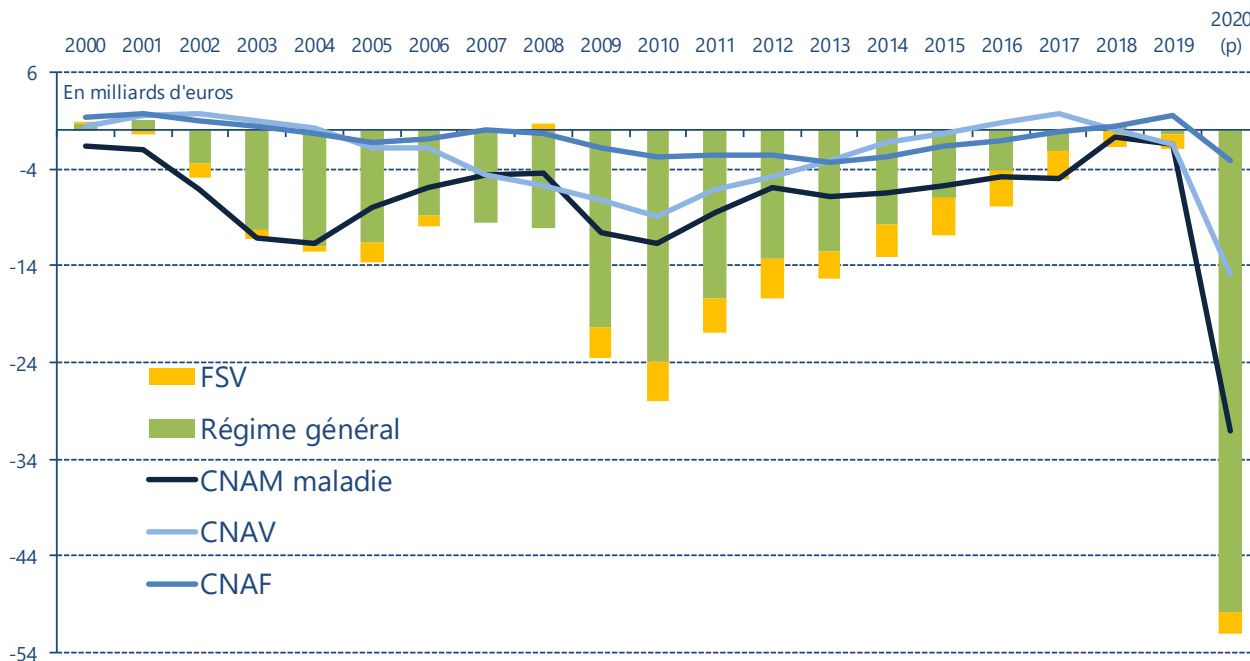
D'ici le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission des comptes présente dans cette synthèse des prévisions financières actualisées pour 2020 du régime général et du FSV en se fondant sur les hypothèses macroéconomiques du troisième projet de loi de finances rectificative.

Elles prennent en compte les mesures exceptionnelles déjà mises en œuvre à la date du 10 juin dans le champ de la sécurité sociale en réponse à la crise sanitaire. Elles n'ont pu intégrer de ce fait l'effet des mesures d'exonération de cotisations figurant dans le troisième projet de loi de finances rectificative pour certains secteurs particulièrement touchés par la réduction d'activité et pour les travailleurs indépendants. Ces dispositions ont vocation à être compensées à la sécurité sociale, le projet de loi de finances rectificative prévoyant une ouverture de crédits de 3 Md€ à ce titre dans la mission « Plan d'urgence face à la crise sanitaire ».

Les projections actualisées retracées dans cette synthèse reposent parfois sur des hypothèses à caractère conventionnel. A titre d'illustration, les méthodes standard de provisionnement sont appliquées à des estimations de reste à recouvrer de prélèvements sociaux en très forte augmentation, à défaut de pouvoir les actualiser rapidement en l'absence de précédent d'une crise de cette intensité. De même, les hypothèses de reprise progressive d'activité des professions de santé après la levée des mesures de confinement sont soumises à de très fort aléas et présentent aussi un caractère conventionnel.

Le déficit du régime général et du FSV atteindrait un niveau sans précédent de 52 Md€ en 2020. Sur les trente dernières années, les déficits les plus élevés ont été constatés en 1995 (-9,9 Md€), 2005 (-13,6 Md€) et 2010 (-28 Md€), dans le prolongement de la crise financière. Le déficit 2020 serait près de deux fois supérieur à celui de 2010. Par rapport à l'année précédente, la dégradation s'élèverait à 50,1 Md€, soit 3,5 fois celle constatée en 2009 (14,1 Md€).

Graphique 1 • évolution des soldes du régime général de sécurité sociale et du FSV de 2000 à 2020



Source : DSS

Le régime général passerait d'une situation de quasi-équilibre en 2019 (-0,4 Md€) à un déficit de 50 Md€. Toutes les branches de la sécurité sociale seraient concernées par cette détérioration. La branche maladie subirait la dégradation des comptes la plus spectaculaire (-31,1 Md€), atteignant à elle-seule un niveau de déficit comparable à celui de l'ensemble de la sécurité sociale après la crise financière de 2008-2009. Elle concentre en effet des pertes considérables de recettes liées à la dégradation de la situation économique et des dépenses exceptionnelles relevant de l'ONDAM pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire. Aucune branche ne resterait en excédent, principalement en raison de la chute des recettes et, dans le cas de la branche retraite, du fait aussi d'une indexation des pensions plus favorable qu'en 2019. Le FSV interromprait la lente dégrèvement de son déficit.

Tableau 4 • soldes par branches du régime général et du FSV de 2016 à 2020

En milliards d'euros

	2016	2017	2018	2019	2020(p)
Maladie	-4,8	-4,9	-0,7	-1,5	-31,1
Accidents du travail	0,8	1,1	0,7	1,0	-0,7
Retraite	0,9	1,8	0,2	-1,4	-14,9
Famille	-1,0	-0,2	0,5	1,5	-3,1
Régime général	-4,1	-2,2	0,5	-0,4	-49,9
FSV	-3,6	-2,9	-1,8	-1,6	-2,1
Vieillesse y compris FSV	-2,8	-1,1	-1,6	-3,0	-17,0
Régime général + FSV	-7,8	-5,1	-1,2	-1,9	-52,0

Source : DSS

En raison des circonstances exceptionnelles et comme dans les autres pays européens, le programme de stabilité d'avril 2020 ne comprend pas de trajectoire à moyen terme des finances publiques. Celle de l'annexe B de la LFSS pour 2020, qui prévoyait un retour à un quasi-équilibre en 2023 (-0,6 Md€), devra être profondément revue au regard de l'ampleur des ajustements en cours.

Des écarts à la LFSS pour 2020 concentrés sur les recettes et sur l'ONDAM

Publiée le 24 décembre 2019, la LFSS pour 2020 prévoyait une stabilité du déficit à -5,4 Md€, dont -4,1 Md€ pour le régime général et -1,4 Md€ pour le FSV. Le scénario macroéconomique qui sous-tendait les lois financières fin 2019 retenait une hypothèse de croissance du PIB en volume de 1,3% pour l'année 2020, de 2,8% pour la masse salariale du secteur privé et de 1,0% pour l'inflation hors tabac. La LFSS pour 2020 a fixé l'ONDAM à 205,6 Md€, soit un taux de croissance de 2,45%. Compte tenu du retour à une situation de déficit, la LFSS pour 2020 a annulé les transferts de recettes de la sécurité sociale à la CADES et limité la non compensation par l'Etat des mesures d'urgence à la baisse de la CSG sur certaines pensions de retraite (-1,6 Md€). La trajectoire de solde associée à la LFSS repoussait le retour à l'équilibre à 2023 (-0,6 Md€).

La plus grande partie des écarts de prévisions entre la LFSS pour 2020 et les projections actualisées s'expliquent par de moindres recettes. Les pertes brutes de ressources s'élèveraient à 42,8 Md€, dont 25,1 Md€ de recettes du secteur privé, 2,2 Md€ de recettes des indépendants, du secteur agricole et des particuliers employeurs, 9,8 Md€ de recettes fiscales et 5,7 Md€ de dégradation de la qualité du recouvrement. Les dépenses supplémentaires au-delà de l'ONDAM atteindraient 8 Md€. En sens inverse, un effet base favorable de 2,9 Md€, lié en grande partie aux bonnes surprises sur certaines recettes en fin d'exercice 2019, des recettes supplémentaires de CSG sur les revenus de remplacement à hauteur de 0,9 Md€, avec le recours à grande échelle au dispositif d'activité partielle et de moindres dépenses hors ONDAM pour 0,5 Md€, ramèneraient la détérioration nette du solde à -46,6 Md€.

Tableau 5 ● décomposition de l'écart de prévision de solde depuis la LFSS pour 2020 (RG + FSV)

En milliards d'euros

	2020
Soldes LFSS 2020	-5,4
Effets base 2019	2,9
Pertes brutes de recettes	-42,8
Recettes du secteur privé	-25,1
Recettes des travailleurs indépendants	-1,3
Recettes secteur agricole	-0,5
Recettes particuliers employeurs	-0,4
Recettes fiscales	-9,8
Dégradation du recouvrement	-5,7
Gain de CSG remplacement	0,9
Dépenses supplémentaires ONDAM	-8
Dépenses hors ONDAM	0,5
Soldes actualisés	-52,0
Ecarts à la LFSS 2020	-46,6

Source : DSS

Une contraction brutale des recettes en 2020

Des conséquences immédiates sur l'assiette des prélèvements sociaux avec la chute de l'activité

Ainsi, en 2020, **la masse salariale du secteur privé** soumise à cotisation se contracterait de 9,7%. Le salaire moyen baisserait de 5,7% en raison du recours massif des employeurs à l'activité partielle qui a un effet d'éviction de l'assiette sociale. En effet, l'allocation versée aux salariés placés dans ce dispositif n'est pas considérée comme un salaire mais comme un revenu de remplacement. Elle n'est soumise à aucune cotisation mais uniquement à la CSG, à taux réduit (6,2%, assorti d'une règle d'écêtement pour les allocations les plus faibles), et à la CRDS. Entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2020, 13,1 millions de salariés ont fait l'objet d'une demande d'autorisation préalable d'activité partielle. Le montant d'indemnités versées est estimé à près de 25 Md€ pour l'année (à la charge de l'Etat pour deux tiers et de l'Unédic pour le tiers restant) et la perte d'assiette sociale correspondante à plus de 30 Md€ (l'indemnité d'activité partielle représente 70% du salaire qu'elle remplace, sans pouvoir toutefois être inférieure au SMIC).

Ce même effet d'éviction de l'assiette des prélèvements sociaux existe pour les personnes empêchées de travailler qui bénéficient d'indemnités d'arrêt de travail versées par l'assurance maladie (personnes malades et vulnérables, parents d'enfants sans mode de garde). Elles ne sont assujetties qu'à la CSG sur les revenus de remplacement et à la CRDS, mais pas aux cotisations. Le surcoût en indemnités journalières liées à la crise pourrait atteindre de l'ordre de 2 Md€ sur l'année 2020, soit une perte d'assiette de cotisations au moins équivalente à ce montant.

A ces effets immédiats s'ajouteront progressivement les conséquences très lourdes du recul de l'emploi total (baisse de l'intérim, non renouvellements de CDD, fermetures d'entreprises, etc.).

L'ensemble de ces effets toucheraient davantage les emplois peu qualifiés, ce qui entraînerait un recul plus marqué de la masse salariale sous le plafond de la sécurité sociale (-10,5%). Ce phénomène aurait des conséquences négatives sur le solde de la branche vieillesse dont l'essentiel des cotisations est assis sur cette assiette. En sens inverse, cette situation conduirait à une contraction encore plus forte des allègements généraux (-11%), ce qui réduirait quelque peu la perte de cotisations pour la sécurité sociale.

Ainsi, par rapport à la LFSS pour 2020, qui retenait une hypothèse de croissance de masse salariale du secteur privé de 2,8%, la perte est estimée à 25,1 Md€. A l'inverse, le produit de CSG sur les revenus de remplacement est revu à la hausse de 0,9 Md€.

Les recettes assises sur les revenus des **travailleurs indépendants** seraient aussi fortement affectées, à hauteur de 1,3 Md€ par rapport à la prévision de LFSS pour 2020. Théoriquement, l'assiette des prélèvements sociaux versés par les travailleurs indépendants en 2020 devrait correspondre aux revenus 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire. Mais pour soulager autant que possible leur trésorerie, les travailleurs indépendants ont bénéficié du report de l'ensemble de leurs prélèvements sociaux depuis le début de la crise, ce qui représente au début du mois de juin environ 4,7 Md€ de prélèvements sociaux provisoirement suspendus par les Urssaf. Pour prévenir les tensions de trésorerie à la reprise du recouvrement, les travailleurs indépendants sont incités à demander aux Urssaf un ajustement à la baisse de leurs prélèvements, calculé sur une estimation provisoire de leur revenu 2020, sans attendre la déclaration habituelle l'année prochaine. Les recettes sociales associées pourraient ainsi reculer de l'ordre de 9%, notamment du fait de cette possibilité d'anticipation.

La crise sanitaire a également fortement touché **le secteur des services à la personne**. Durant le confinement, l'emploi par des particuliers de salariés pour la garde d'enfants ou des tâches à domicile s'est effondré, avec un recours très important à l'activité partielle. Sur l'ensemble de l'année 2020, la masse salariale versée par les particuliers employeurs pourrait se contracter de 14%, ce qui se traduirait par une perte de 0,4 Md€ de prélèvements sociaux.

L'effet de la crise sur **le secteur agricole**, très net comme dans le reste de l'économie, pourrait cependant être un peu moins marqué que dans les autres branches selon les données de conjoncture de l'INSEE (perte d'activité de 13% pendant le confinement et de 6% en sortie de confinement à compter du 11 mai contre respectivement des pertes de 33% et 21% pour l'ensemble de l'économie). La baisse de l'assiette des cotisations et de la CSG activité concernant les salariés agricoles serait de 5,9%, conduisant à une perte de 0,5 Md€ de prélèvements sociaux.

Des effets très négatifs sur les produits de recettes fiscales

Depuis la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement général de cotisation, la TVA est devenue l'une des principales recettes du régime général, y compris l'Acosse au titre de sa mission de compensation à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic des exonérations de contributions de retraite complémentaire et d'assurance chômage. Il reçoit 27,74% du montant total de TVA recouvrée par les services de l'Etat en 2020 (en droits constatés). L'impact de la crise sanitaire sur l'activité des entreprises et la consommation des ménages se traduit par un net recul de l'assiette de la TVA, ce qui représenterait une perte de rendement pour la sécurité sociale de 4,7 Md€ en 2020 par rapport à la prévision de la LFSS pour 2020.

Les autres principales recettes fiscales affectées négativement par la crise sont la taxe sur les salaires (révision à la baisse de 0,7 Md€), la CSG sur les revenus issus des placements (-1,1 Md€) et les droits sur les alcools (-0,2 Md€ en raison de la fermeture des cafés et restaurants pendant la période de confinement).

Toutefois, certaines recettes ne subissent pas encore l'impact du décrochage de l'activité. C'est le cas de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), acquittée par les entreprises réalisant au moins 19 M€ de chiffre d'affaires annuel, recouvrée au mois de mai et portant en 2020 sur le chiffre d'affaires 2019, donc avant la crise. Les produits au titre du forfait social (assis notamment sur les sommes versées aux salariés au titre de l'intéressement et de la participation, qui dépendent des résultats 2019 des entreprises) et de la CSG sur les revenus du patrimoine (assis sur les revenus 2019) résisteraient (+1,1% par rapport à 2019). Ce n'est donc qu'en 2021 que ces recettes devraient s'infléchir.

Au final, les produits de recettes fiscales du régime général et du FSV seraient revus à la baisse de 9,8 Md€ en 2020 par rapport à la LFSS pour 2020.

Une explosion prévisible des restes à recouvrer avec les mesures de report massif des échéances de paiement des prélèvements sociaux

Depuis la mi-mars, des reports d'échéance de prélèvements sociaux ont été accordés aux entreprises et les travailleurs indépendants bénéficient d'une mesure de suspension d'office du prélèvement des acomptes mensuels et trimestriels de leurs cotisations et contributions sociales. Au 5 juin, on estime à 15 Md€ les montants non recouverts pour les entreprises dans le champ du régime général, soit un taux de reste à recouvrer de 31%, auxquels s'ajoutent 4,7 Md€ pour les travailleurs indépendants qui ont bénéficié de reports systématiques d'échéances. Le recouvrement devrait reprendre d'ici la fin de l'année auprès de l'ensemble des cotisants avec des plans d'étalement sur des durées pouvant aller jusqu'à 36 mois qui seront largement utilisés.

Les restes à recouvrer devraient donc se réduire d'ici la fin de l'année mais il est fait l'hypothèse qu'ils resteront très élevés, à hauteur de 9 Md€. Une partie de ces sommes ne pourra pas être recouvrée, en raison notamment de la défaillance d'entreprises. De manière conventionnelle, il est retenu ici un taux de provisionnement moyen d'environ 60% issu des méthodes statistiques standard de provisionnement pour les nouvelles créances constatées en fin d'exercice. L'impact négatif sur les comptes du régime général de ces écritures exceptionnelles, nécessaires en droits constatés, serait de 5,7 Md€ compte tenu de ces hypothèses.

Tableau 6 ● ressources nettes du régime général et du FSV par catégorie de recettes

	2018	2019	%	2020 (p)	%
Cotisations sociales	215 390	203 708	-5,4	187 512	-8,0
Prise en charge de cotisations par l'Etat	5 963	5 284	-11,4	5 324	0,8
CSG sur les revenus d'activité	80 714	66 745	-17,3	62 139	-6,9
CSG sur les autres revenus	35 975	34 081	-5,3	34 251	0,5
TVA	579	41 023	++	35 175	-14,3
Autres contributions impôts et taxes	48 008	42 699	-11,1	43 413	1,7
Provisions pour non recouvrement	- 1 984	- 1 605	19,1	- 7 619	--
Transferts nets	3 670	3 955	7,8	3 473	-12,2
Autres produits	6 242	6 686	7,1	7 132	6,7
Total	394 559	402 575	2,0	370 799	-7,9

Source : DSS

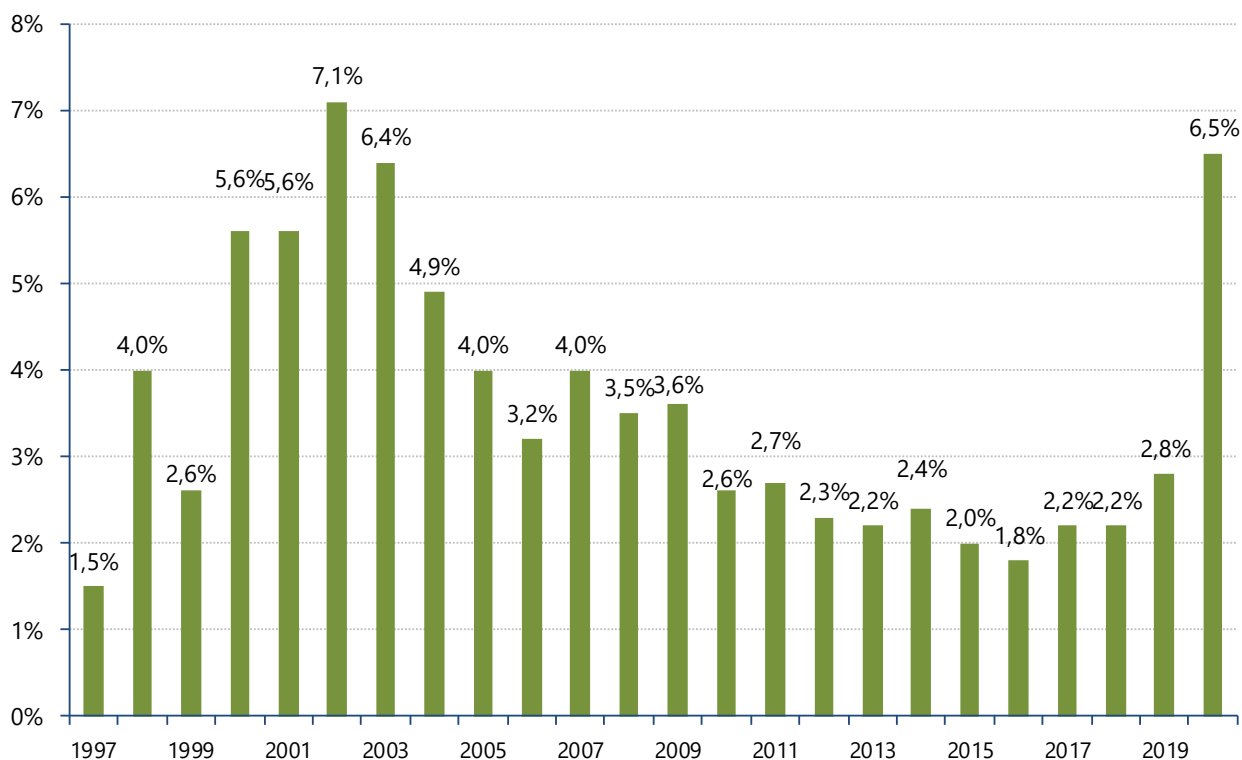
Un ONDAM à réévaluer significativement

Une estimation de dépassement de l'ONDAM de 8 Md€ en 2020

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont été fixées à 205,6 Md€ dans la LFSS pour 2020, soit une progression de 2,45% par rapport à 2019 (+5 Md€). La crise sanitaire bouleverse la construction initiale de l'ONDAM par un double effet : des mesures exceptionnelles ont été décidées pour faire face à la crise sanitaire mais, en sens inverse, les mesures de confinement ont entraîné une chute marquée des remboursements de soins de ville.

Sous réserve d'hypothèses de reprise d'activité en partie conventionnelles dans le secteur des soins de ville et de mise en œuvre des mesures exceptionnelles à hauteur des estimations actuelles, les dépenses relevant de l'ONDAM pourraient augmenter de 8 Md€ au total. Le taux de progression de l'ONDAM serait de 6,5% par rapport à 2019, niveau jamais atteint depuis le début de la décennie 2000, de surcroît dans une situation d'inflation très faible. Cette progression de 8 Md€ correspond aux dépenses supplémentaires exceptionnelles dans le domaine de la santé associées à l'article liminaire de la deuxième loi de finances rectificative.

Graphique 2 • évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM de 1997 à 2020 (p), en %



Source : DSS

Cette progression de 8 Md€ de l'ONDAM se décomposerait en 12 Md€ de mesures exceptionnelles et, sur le fondement d'hypothèses en partie conventionnelles, une diminution nette des remboursements de soins de ville à hauteur de 4 Md€. Les autres dépenses s'inscriraient dans les sous-objectifs de la LFSS pour 2000, en raison principalement de garanties de financement accordées aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

Des mesures exceptionnelles d'un coût brut de l'ordre de 12 Md€

Ces mesures nouvelles comprennent quatre séries de dispositions.

- A hauteur de 4,5 Md€, des dotations de l'assurance maladie à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), pour lui permettre de faire face principalement aux achats de masques chirurgicaux et FFP2 (au sein du 6^e sous-objectif de l'ONDAM), conformément à un arrêté en date du 29 mai ;

- 3,8 Md€ de financements supplémentaires sont prévus pour les établissements sanitaires et médico-sociaux :
 - environ 1,0 Md€ de dotations complémentaires ont été versées pour assurer notamment la couverture des charges d'achat de matériel, de réorganisation des établissements, des frais de transport et de logement des personnels ainsi que de recrutements ;
 - s'y ajoutent de l'ordre de 2,1 Md€ destinés à financer les primes et l'indemnisation des heures supplémentaires des personnels hospitaliers et dans les établissements médico-sociaux (en particulier dans les EHPAD). Les dépenses dans le champ de l'ONDAM hospitalier augmenteraient de 1,4 Md€ et de 750 M€ dans l'ONDAM médico-social. Il s'agit essentiellement du versement d'une prime de 1500 € pour l'ensemble des personnels à l'hôpital et en EPHAD dans les 40 départements les plus exposés à l'épidémie. Dans les autres départements, les primes s'élèvent à 1000 € pour les personnels en EPHAD et à 500 € pour les salariés à l'hôpital. Durant toute la durée de l'état de crise sanitaire, les heures supplémentaires des personnels soignants médicaux et non médicaux sont également majorées de 50% ;
 - pour un montant qui pourrait atteindre 0,7 Md€ sur l'ensemble de l'année 2020, sont prévus les prises en charge de tests diagnostiques réalisés dans les établissements de santé.
- En ville, les surcoûts liés à la crise au titre des arrêts de travail (y compris ceux versés pour les malades) pourraient atteindre 2 Md€ en 2020. En effet, le Gouvernement a mis en place des nouvelles indemnités journalières pour couvrir les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle du fait du confinement : parents d'enfants sans solution de garde (du fait des fermetures des crèches et des écoles) et personnes considérées particulièrement à risque face à la maladie (ou vivant avec ces personnes vulnérables). Il a également étendu aux professionnels libéraux le bénéfice d'indemnités d'arrêts de travail pendant la durée de la crise (avant la crise, parmi les travailleurs indépendants, seuls les artisans, commerçants et exploitants agricoles bénéficiaient d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie). Enfin la période de carence au titre de la prise en charge financière des arrêts de travail (correspondant aux trois premiers jours d'arrêt dans le droit commun) a été supprimée. A compter du 1^{er} mai, les salariés parents d'enfants et les personnes vulnérables ne perçoivent plus d'indemnités journalières et relèvent en contrepartie de l'activité partielle (financée par l'Etat et l'assurance chômage).
- D'autres dépenses exceptionnelles représenteraient un coût supplémentaire au sein de l'ONDAM de l'ordre de 1,7 Md€ :
 - les frais de distribution de masque dans les pharmacies ;
 - les tests diagnostiques effectués dans les laboratoires de biologie médicale de ville ;
 - la prise en charge à 100% des téléconsultations (exonération du ticket modérateur) qui ont explosé pendant le confinement et représenté jusqu'à 25% de l'ensemble des consultations médicales au cours de cette période ;
 - la mise en place d'une consultation longue, au tarif majoré (46 €) et prise en charge à 100%, pour les personnes vulnérables (atteintes d'une maladie chronique ou âgées de plus de 65 ans) qui n'ont pas consulté leur médecin pendant la période de confinement ;
 - l'annulation ou le report de plusieurs mesures d'économies prévues dans la construction de l'ONDAM 2020 : certaines baisses de prix de produits de santé et la hausse du ticket modérateur pour les actes et consultations externes à l'hôpital ainsi que sur les nouveaux honoraires de dispensation des pharmaciens.

Hors mesures exceptionnelles, un impact incertain sur les remboursements de soins de ville, une hypothèse de diminution nette sur l'ensemble de l'année à hauteur de 4 Md€

Le confinement a eu dès son entrée en vigueur des répercussions très fortes sur l'activité des offreurs de soins en ville. A partir des données de remboursement issues des chaînes de liquidation des caisses locales d'assurance maladie, qui doivent être interprétées avec précaution, on observe un quasi arrêt de l'activité pour les masseurs-kinésithérapeutes (-80% en avril 2020 par rapport à avril 2019), les chirurgiens-dentistes (-90%), les orthophonistes et les orthoptistes (-80% et -85%). On constate également un très fort recul pour les médecins généralistes avec une diminution de l'activité d'environ 30%, malgré la très forte hausse des

téléconsultations. Pour les médecins spécialistes, l'activité baisse d'environ 50% avec néanmoins de grandes disparités selon les spécialités. De même, l'activité des biologistes diminue d'environ 40%. Les transporteurs ont quant à eux perdu 35% de leur activité en avril 2020.

Concernant les médicaments, on observe une baisse d'environ 10% des remboursements en avril après une augmentation importante des remboursements en mars, l'annonce du confinement ayant conduit à un effet de « stockage » de médicaments par les ménages en début de période. Enfin, les délivrances de dispositifs médicaux sont également en baisse d'environ 15%. Seule exception, l'activité des infirmiers libéraux est restée relativement stable sur la période du confinement.

Dans une situation aussi exceptionnelle, les prévisions actualisées reposent sur l'hypothèse conventionnelle d'un retour relativement rapide à une situation normale, d'ici la fin du mois d'août, suivie d'un rattrapage partiel sur le dernier quadrimestre de 20% de l'activité perdue pendant le confinement. Dans un tel scénario, les moindres dépenses en ville atteindraient 5,4 Md€ sur l'ensemble de l'année 2020, sans tenir compte des mesures exceptionnelles évoquées *supra* ni du mécanisme de prise en charge partielle des charges fixes des offreurs de soins en ville présenté ci-après.

L'assurance maladie a en effet mis en place une aide financière au bénéfice des professionnels de santé, destinée à couvrir une partie de leurs charges fixes. Cette aide est fonction de la perte d'activité déclarée par chaque professionnel par rapport à 2019 et d'un taux moyen de charges fixes estimé par l'assurance maladie pour chaque profession. Cette aide n'est pas cumulable avec les montants versés au titre de l'activité partielle (puisque venant diminuer les charges fixes), ni avec les aides versées par le fonds de solidarité pour les travailleurs indépendants (auxquelles certains professionnels libéraux ont pu être éligibles). Les médecins généralistes, infirmiers et sages-femmes ont bénéficié en outre d'une aide forfaitaire de 700 € au titre de la couverture des frais d'adaptation de leur activité aux mesures de distanciation et d'achats de masques notamment. L'estimation du coût de ce dispositif pour l'assurance maladie est fragile car elle dépend à la fois du recours aux aides créées par ailleurs et déduites de l'aide de l'assurance maladie, de la perte d'activité des professionnels de santé ainsi que du taux de recours au dispositif. Les prévisions actualisées reposent sur une hypothèse conventionnelle d'un coût d'environ 1,4 Md€ sur l'année 2020. Le tableau suivant résume les effets susceptibles de conduire à une augmentation nette de 8 Md€ des dépenses relevant de l'ONDAM.

Tableau 7 ● synthèse des impacts estimés de la crise sur l'ONDAM 2020

(en Md€) ONDAM 2020	
Surcoûts bruts liés à la crise	12
<i>Dotation Santé publique France</i>	4,5
<i>Primes et heures supplémentaires</i>	2,1
<i>Autres dépenses établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	1,7
<i>Indemnités journalières</i>	2,0
<i>Autres dépenses</i>	1,7
Aide professionnels de santé ville	1,4
Impact de la crise sur l'activité en ville	-5,4
Dépassement ONDAM	8

Source : DSS

Une garantie de recettes pour les établissements sanitaires et médico-sociaux

La crise sanitaire a évidemment eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé. Les services de réanimation ont été rapidement saturés dans les régions les plus exposées à l'épidémie et leur capacité ont été doublées sur l'ensemble du territoire. D'autres activités hospitalières directement liées à l'épidémie ont aussi été fortement mises sous tension. A l'inverse, les interventions non urgentes ont été déprogrammées et l'activité des services et établissements moins directement en lien avec la crise a baissé à partir de la mi-mars. La mesure de ces effets est cependant très difficile en raison des perturbations dans les déclarations d'activité par les établissements. En réponse à cette situation, le Gouvernement a suspendu la tarification à l'activité pour l'année 2020 et substitué à ce mécanisme un dispositif de garantie de ressources qui assure au

minimum pour chaque établissement de santé un financement de l'assurance maladie égal à celui versé en 2019, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l'année 2020. S'y ajoute une avance destinée à couvrir les pertes de recettes hors assurance maladie, essentiellement les recettes de ticket modérateur et de forfaits journaliers.

Concernant le secteur médico-social, les dotations aux établissements prévues dans le cadre de la construction de la campagne 2020 seront intégralement versées, y compris pour les établissements d'accueil de personnes handicapées qui ont dû fermer leurs portes pendant le confinement. Un dispositif de garantie de recettes a également été mis en place pour la minorité d'établissements qui facturent des prix de journée et qui ont vu leur activité s'effondrer en raison de la crise.

Compte tenu de ces dispositifs de garantie de recettes, les projections actualisées de dépenses retiennent l'hypothèse conservatoire et conventionnelle d'un niveau de financement par l'assurance maladie conforme à la construction initiale de l'ONDAM hospitalier et médico-social. La prévision d'exécution de l'ONDAM ajoute à cette construction initiale les surcoûts directement liés à la crise présentés *supra* pour aboutir à une prévision de dépenses de 213,6 Md€ en 2020, réparties entre sous-objectifs comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 8 ● Prévision d'exécution de l'ONDAM 2020 par sous-objectif

Montants en Md€	Base 2020	LFSS 2020	Prévision d'atterrissage	Taux d'évolution
ONDAM TOTAL	200,6	205,6	213,6	6,5%
Soins de ville	91,3	93,6	93,2	2,0%
Établissements de santé	82,5	84,4	87,1	5,6%
Établissements et services médico-sociaux	21,0	21,6	22,9	9,3%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	10,0	11,0	14,4%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7	11,9	4,9%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	3,6	1,6%
Autres prises en charge	2,3	2,4	6,8	++

Source : DSS

En dehors de la branche maladie, des dépenses de prestations faiblement affectées par la crise

Une grande partie des prestations de sécurité sociale est revalorisée selon l'inflation constatée (en moyenne sur les 12 derniers mois connus). C'est le cas des pensions de retraites revalorisées au 1^{er} janvier chaque année ou des prestations familiales, pensions d'invalidité et rentes AT-MP, revalorisées au 1^{er} avril. L'impact de la crise sur la dynamique des prix, avec une prévision d'inflation hors tabac revue à la baisse pour l'année 2020 (0,2% contre 1,0% dans la LFSS pour 2020), n'a en conséquence aucun impact sur les dépenses 2020 et ne se fera sentir qu'avec les revalorisations en 2021 des prestations sociales.

La dégradation de la conjoncture va peser sur le revenu des ménages en 2020, mais la plupart des prestations de sécurité sociale sont universelles et pour celles qui sont accordées sous conditions de ressources (allocation de rentrée scolaire, allocation de base de la PAJE, complément familial, minimum vieillesse...) ou modulées en fonction des ressources des bénéficiaires (allocations familiales, complément mode de garde de la PAJE), les pertes de revenus ne joueront quasiment pas sur les montants de prestations perçues (via des mécanismes d'abattement ou de neutralisation de certains revenus pris en compte, en cas par exemple de basculement en activité partielle).

S'il est encore trop tôt pour faire un bilan démographique de la crise sanitaire, son effet devrait être limité sur les charges de pensions du régime général en 2020. La surmortalité liée à l'épidémie de COVID-19, à ce jour de l'ordre de 30 000 personnes en établissements de santé et pour personnes âgées, concentrée sur les tranches d'âge élevées, ne pèserait que faiblement sur les pensions de retraite. Cet effet serait en outre

partiellement compensé par une sous-mortalité mesurée sur les mois de janvier et février 2020, d'environ 10 000 personnes, liée notamment à l'absence de véritable épidémie de grippe cet hiver. Globalement, ces deux effets démographiques contraires ralentiraient de 0,1 Md€ les charges de pensions de retraite pour le régime général en 2020.

Tableau 9 ● charges nettes du régime général et du FSV par type de dépenses

	2017	2018	%	2019	%	2020(p)	%
Prestations sociales nettes	360 568	368 770	2,3	376 500	2,1	389 788	3,5
Prestations légales	354 624	362 851	2,3	370 408	2,1	383 589	3,6
Prestations extralégales	5 944	5 920	-0,4	6 092	2,9	6 199	1,8
Transferts versés nets	13 588	14 599	7,4	15 730	7,7	20 584	30,9
Transferts vers les régimes de base	6 334	6 527	3,0	7 174	9,9	7 402	3,2
Transferts vers les fonds	6 170	6 890	11,7	7 312	6,1	11 904	62,8
Autres transferts	1 083	1 183	9,2	1 244	5,2	1 278	2,7
Charges de gestion courante	12 289	12 244	-0,4	12 047	-1,6	12 260	1,8
Charges financières	35	44	25,5	53	19,0	4	-91,8
Autres charges	92	111	20,9	172	54,7	180	4,2
Ensemble des charges nettes du régime général et du FSV	386 573	395 770	2,4	404 502	2,2	422 815	4,5

Les résultats 2019 et les prévisions 2020 des branches du régime général

La branche maladie : un déficit considérablement aggravé en 2020, avec le cumul de la chute des recettes et des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire

En 2019, le déficit de la CNAM s'établit à 1,5 Md€, en augmentation de 0,8 Md€ par rapport à 2018. Cette dégradation, après une nette amélioration du solde en 2018, résulte d'un ralentissement des recettes (+2,1% en 2019 après 4,5% en 2018) alors que les charges progressent au même niveau que l'an passé (+2,4% en 2019 comme en 2018).

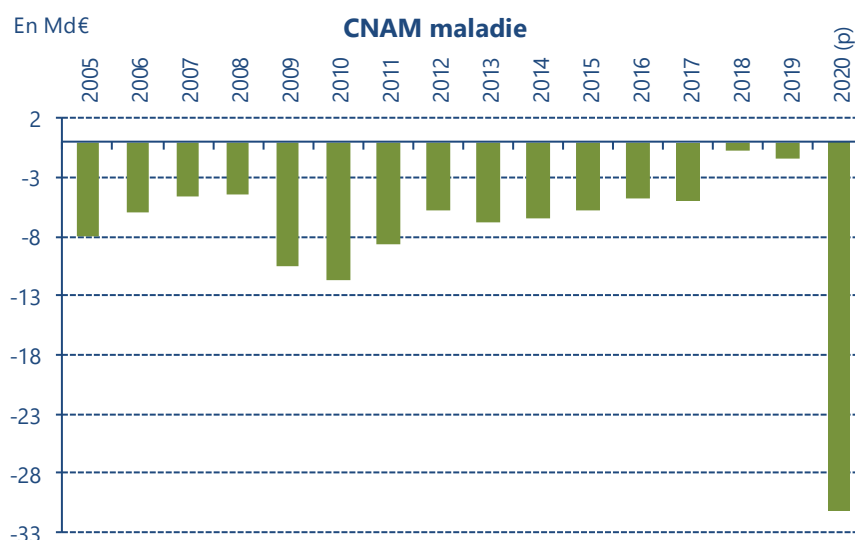
Le taux d'évolution de l'ONDAM mesuré à la clôture des comptes est de 2,6% en 2019 : au sein de l'ONDAM, les dépenses de prestations sont en hausse de 2,3% alors que les dotations aux fonds (fonds d'intervention régional, fonds de lutte contre les addictions, fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés notamment) croissent de 11%. Les prestations sont portées par les soins en établissements de santé (+2,7%), les dépenses de soins de ville augmentant modérément (+1,8%). Les transferts au titre de l'équilibrage des autres régimes ont progressé de 10% : ce dynamisme traduit la rectification d'erreurs de comptabilisation portant sur la ventilation des charges de certains régimes en 2018 (0,2 Md€), entre prestations de droit commun (qui entrent dans le champ de la protection universelle maladie – PUMA – et donne lieu à équilibrage financier par le régime général) et prestations spécifiques (hors PUMA). Enfin, les charges de gestion administrative ont baissé de 3,5% (0,2 Md€).

Les recettes ont augmenté de 2,1% à un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1%), dans un contexte de modification profonde de la structure des recettes de la branche par la LFSS pour 2019. Ainsi, la transformation du CICE en allègements de cotisations conduit à une baisse de 6 points du taux de cotisation patronale maladie sur les salaires inférieurs à 2,5 SMIC, expliquant la baisse de 18,2% des recettes de cotisations sociales. La suppression de certaines exonérations ciblées, devenues moins favorables que les allègements généraux renforcés, s'est traduite par une diminution des prises en charge de cotisations par l'Etat (-18,2%). Ces pertes (-17,2 Md€), ainsi que le transfert à l'Etat de la fraction du prélèvement social sur les revenus du capital auparavant affectée au FSV et à la CNSA, ont été compensées à la sécurité sociale ainsi qu'à l'Unédic via l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM (40,4 Md€). Cette dernière a rétrocédé plusieurs recettes en contrepartie : d'une part, une fraction de taxe sur les salaires affectée à l'Acoss, et d'autre part, une fraction de CSG affectée à l'Unédic, à la CNSA, à la CNAF et au FSV (en remplacement des prélèvements sur le capital).

Après mesures de la LFSS pour 2020, l'impact financier des mesures d'urgence économiques et sociales (perte de CSG de 1,5 Md€ découlant de l'annulation de la hausse de 1,7 point de ce prélèvement sur les pensions comprises entre 1 200 et 2 000 €) n'a pas été compensé à la sécurité sociale.

La CNAM a toutefois bénéficié de recettes assises sur les revenus des travailleurs indépendants dynamiques et de la bonne tenue du secteur agricole en 2019. De plus, l'Acoss a perçu des recettes fiscales supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux, dont 0,1 Md€ a été reversé à la CNAM. Les autres produits nets sont en forte augmentation, notamment au titre des remises conventionnelles sur les produits de santé.

Graphique 3 • évolution du solde de la branche maladie du régime général de 2005 à 2020



Source : DSS

En 2020, le solde de la CNAM s'établirait à -31,1 Md€. Cette dégradation exceptionnelle par rapport à 2019 (-29,7 Md€) proviendrait d'une chute des produits (-7,2%, 15,5 Md€) et d'une forte hausse des charges (+6,5%, 14,2 Md€), en raison des dépenses exceptionnelles pour faire face à la crise sanitaire qui s'ajoutent à la progression initiale de l'ONDAM.

Les dépenses du champ de l'ONDAM dépasseraient de 8 Md€ l'objectif voté dans la LFSS pour 2020, ce qui porterait le taux de progression des dépenses relevant de l'ONDAM à 6,5 %, soit un dépassement de 4 points. Un peu plus de la moitié de ces dépenses supplémentaires porte sur les transferts, avec la dotation de la CNAM à l'Agence nationale de santé publique, dont le financement relève de l'ONDAM depuis la LFSS pour 2020. Cette dotation est augmentée de 4,5 Md€ pour l'achat de masques et autres matériels pour les établissements de santé notamment. Les autres coûts supplémentaires liés à la crise portent sur les prestations en espèces (prise en charge des arrêts de travail pour les parents, les personnes vulnérables, extensions des indemnités journalières aux professions libérales, suppression du délai de carence...) et les dotations exceptionnelles aux établissements sanitaires et médico-sociaux (primes et paiement des heures supplémentaires, dépenses supplémentaires supportées par les établissements pour faire face à la crise...).

Les cotisations sociales diminueraient de 6,9%, en raison de la baisse de la masse salariale du secteur privé (-9,7%), du fait des mesures d'activité partielle et de la baisse de l'emploi, alors que les cotisations des agents publics, qui ne sont pas concernés par ces mesures, demeureraient robustes. Les prélèvements sur les revenus des travailleurs indépendants pâtiraient également de la crise. Les recettes de CSG seraient globalement en baisse (-4,2%), mais évolueraient de manière contrastée selon l'assiette. La CSG sur les revenus d'activité baisserait de 6,9% suivant la même tendance que les cotisations sociales, tandis que la CSG sur les revenus de remplacement serait en nette progression (+7,4%) du fait de l'assujettissement des indemnités de chômage partiel.

Les impôts et taxes baisseraient de 8,5%, la CNAM étant dorénavant très dépendante de la TVA, qui baisserait de 14,3%, du fait de la crise (baisse de la consommation pendant le confinement, baisse de l'activité des entreprises). Les taxes sur les alcools et les boissons non alcoolisées, la taxe de solidarité additionnelle seraient aussi touchées (respectivement -8,7% et -9,7%), en raison de la fermeture temporaire des bars et restaurants. A l'inverse, les taxes sur les tabacs bénéficieraient de l'arrêt des achats transfrontaliers (non taxés) pendant la fermeture des frontières et progresseraient de 2% sur l'ensemble de l'année. Enfin, la CNAM profiterait malgré

la crise d'un rendement de taxe sur les salaires en forte progression. Cette situation est due à l'augmentation de la fraction de cette taxe qui lui est affectée (la CNAM perçoit la part qui était affectée à l'ACOSS en 2019 servant à compenser à l'Unedic les pertes de cotisations patronales liées au renforcement des allègements généraux ; +1,4 Md€).

Les charges liées au non recouvrement augmenteraient très fortement, de 3 Md€ selon l'hypothèse conventionnelle retenu dans la présente prévision, avec la forte dégradation prévisible du recouvrement des cotisations et contributions.

Les produits de transferts augmenteraient de 1,0% : la hausse de la participation au financement des dépenses médico-sociales est partiellement compensée par la disparition du transfert exceptionnel en provenance de l'Acoss en 2019 au titre de sa mission de compensation des allègements généraux à l'Unedic et l'Agirc-Arrco.

Enfin, les autres produits nets seraient en hausse de 9,6%, toujours tirés par les remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques, en particulier au titre des molécules ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation avant leur autorisation de mise sur le marché et leur inscription au remboursement.

Tableau 10 ● charges et produits de la branche maladie du régime général (2017-2020)

en millions d'euros

	2017	2017 pro forma	2018	%	2019	%	2020(p)	%
Charges nettes	206 236	206 551	211 534	2,4	216 648	2,4	230 801	6,5
Prestations sociales	193 509	193 953	198 339	2,3	202 838	2,3	212 352	4,7
Prestations entrant dans le champ de l'ONDAM	181 268	181 489	185 581	2,3	189 843	2,3	198 844	4,7
Prestations hors ONDAM	12 241	12 464	12 758	2,4	12 995	1,9	13 509	4,0
Transferts	6 008	5 860	6 421	9,6	7 043	9,7	11 727	++
Transferts vers les régimes de base	1 235	1 087	842	-22,6	926	10,0	895	-3,4
Fonds ONDAM	4 764	4 764	5 451	14,4	6 055	11,1	10 815	++
Autres transferts (CMU, Soins urgents)	9	9	128	++	62	--	18	--
Charges de gestion courante	6 642	6 660	6 627	-0,5	6 393	-3,5	6 372	-0,3
Autres charges nettes	77	78	147	++	374	++	350	-6,6
Produits nets	201 348	201 679	210 802	4,5	215 182	2,1	199 666	-7,2
Cotisations, impôts et taxes nets	194 546	194 799	203 334	4,4	207 209	1,9	191 173	-7,7
Cotisations sociales brutes	90 267	90 501	87 456	-3,4	73 241	-16,3	68 171	-6,9
Cotisations prises en charge par l'Etat	3 049	3 061	2 736	-10,6	2 239	-18,2	2 246	0,3
CSG brute	71 152	71 152	93 593	31,5	71 795	-23,3	68 756	-4,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales bruts	31 128	31 128	20 250	-34,9	60 584	++	55 415	-8,5
Charges nettes liées au non recouvrement	-1 049	-1 042	-702	-32,7	-650	-7,3	-3 416	++
Transferts nets	2 768	2 776	2 690	-3,1	2 876	6,9	2 904	1,0
Transferts des régimes de base	1 259	1 268	1 265	-0,2	1 368	8,1	1 274	-6,8
Autres transferts	1 508	1 508	1 425	-5,5	1 508	5,9	1 630	8,1
Autres produits nets	4 034	4 103	4 778	16,4	5 097	6,7	5 589	9,6
Résultat net	-4 888	-4 872	-732		-1 466		-31 135	

Source : DSS

La branche AT-MP : un déficit en 2020 pour la première fois depuis 2012

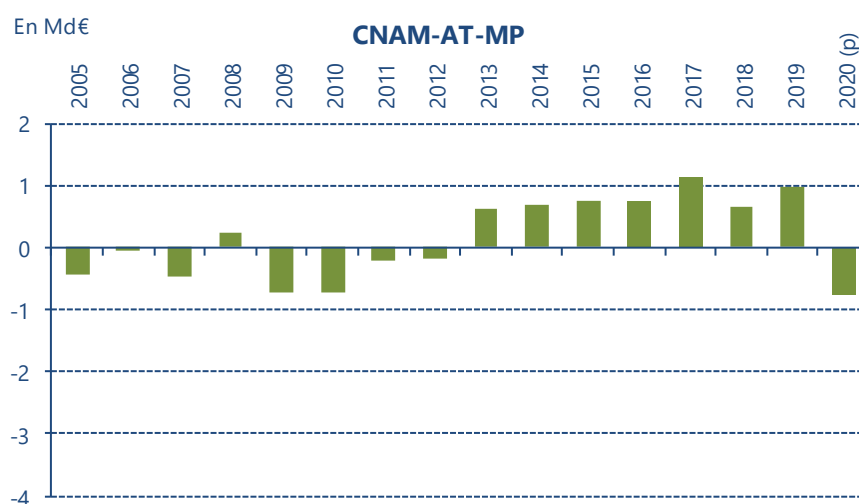
En 2019, l'excédent de la branche AT-MP s'est établi à 1,0 Md€, après 0,7 Md€ en 2018. Cette hausse s'explique par des produits dynamiques (+4,0%) et une augmentation modérée des charges (+1,6%).

Les prestations légales ont enregistré une hausse de 3,2%, tirées par des indemnités journalières très dynamiques (+9,7%), en raison notamment de la poursuite de la montée en charge (depuis le 1^{er} juillet 2018) de l'effet du changement de fait générateur de la prise en charge sur le risque AT-MP en cas de maladie professionnelle. L'indemnisation est supportée par la branche AT-MP dès le premier constat de la maladie par un médecin et non plus à partir de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie qui peut intervenir plusieurs mois après. Les rentes pour incapacité permanente sont en revanche atones (+0,4%), en raison de la revalorisation limitée à 0,3% au 1^{er} avril 2019. Les autres prestations ont fortement progressé (+31,5%), sous l'effet notamment des actions de prévention du Fonds national de prévention des accidents du travail, qui ont rebondi de 50 M€ après le ralentissement observé en 2018 lors du renouvellement de la

convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche. Les charges de gestion courante ont enregistré une sous-exécution par rapport à l'objectif de la COG (-3,9%).

Les produits, composés en quasi-totalité de cotisations sociales, ont augmenté de 4,0%. Celles-ci ont progressé de 3,2%, en ligne avec l'évolution de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisation. De plus les charges liées au non recouvrement, après la forte hausse de 2018, sont en nette baisse en 2019, en raison d'un abaissement de la provision pour litiges (certaines entreprises contestant le taux de cotisation qui leur est appliqué, fonction de la sinistralité passée observée dans leurs établissements). Enfin, les autres produits ont progressé de 7,7%, tirés par les recours contre tiers.

Graphique 4 • évolution du solde de la branche AT-MP du régime général de 2005 à 2020



Source : DSS

En 2020, la CNAM-AT serait en déficit (-0,7 Md€) en raison de la baisse des produits nets de 11,4%, essentiellement due à l'impact la crise sur l'assiette des cotisations. En revanche, l'effet de la crise sanitaire serait plus limité sur les dépenses de la branche qui progresseraient modérément (+1,8%).

Les prestations légales seraient en hausse de 2,3%. Les soins de ville (+4,5%) seraient portés par les indemnités journalières (+5,8%). Ces dernières ralentiraient par rapport à 2019, notamment en raison de la diminution des accidents du travail pendant la période de confinement (en particulier dans certains secteurs à sinistralité structurellement élevée, comme le bâtiment). Cette baisse jouerait également sur les prestations en nature (-3,9%). Les prestations d'incapacité permanente se contracteraient légèrement (-0,7%), en raison de la suppression, dans la LFSS pour 2020, de la possibilité de versement en capital des rentes peu élevées. Les charges de gestion courante rebondiraient (+6,0%) après la sous-exécution constatée en 2019, autorisant des reports partiels de dépenses en 2020.

Les cotisations sociales baisseraient de 9,4%, compte tenu du repli de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisation. Les charges liées au non recouvrement doubleraient, en raison de la forte dégradation du recouvrement des cotisations induite par la crise.

Tableau 11 ● charges et produits de la branche AT-MP du régime général (2017-2020)

en millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%	2020 (p)	%
Charges nettes	11 728	12 045	2,7	12 239	1,6	12 462	1,8
Prestations sociales nettes	8 766	9 029	3,0	9 364	3,7	9 586	2,4
Prestations légales	8 535	8 867	3,9	9 152	3,2	9 359	2,3
Autres prestations	231	162	-30,0	212	31,5	227	6,9
Transferts versés	2 058	2 119	3,0	2 006	-5,3	1 971	-1,7
Charges de gestion courante	893	878	-1,7	843	-3,9	894	6,0
Autres charges nettes	11	19	++	26	31,4	11	--
Produits nets	12 858	12 706	-1,2	13 214	4,0	11 713	-11,4
Cotisations, impôts, et produits affectés nets	12 462	12 263	-1,6	12 737	3,9	11 241	-11,7
Cotisations sociales brutes (yc PEC Etat)	12 737	12 566	-1,3	12 963	3,2	11 747	-9,4
Contributions, impôts et taxes bruts	0	1	++	0	--	0	--
Charges liées au non-recouvrement	-275	-304	11	-226	-25,6	-505	++
Autres produits nets	395	443	12,1	477	7,7	472	-1,1
Résultat net	1 130	661		975		-749	

Source : DSS

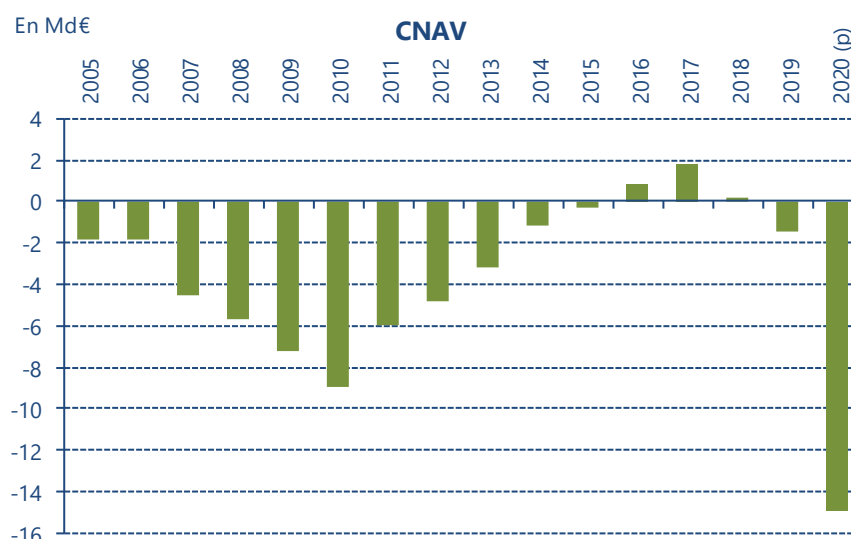
La branche retraite : de nouveau un déficit en 2019, fortement alourdi en 2020

En 2019, le déficit de la branche retraite du régime général s'est établi à -1,4 Md€, après un léger excédent de 0,2 Md€ en 2018, soit une dégradation de 1,6 Md€ en un an.

Les charges ont poursuivi la tendance observée en 2018 avec toutefois un léger ralentissement, en particulier des pensions de droits propres (2,7% après 3,1% en 2018), qui s'explique par la limitation à 0,3% de la revalorisation annuelle des pensions au 1^{er} janvier 2019.

Les produits ont été peu dynamiques, en hausse de 1,4% après 1,6% en 2018, sous l'effet de nombreux changements découlant à la fois de la LFSS pour 2019 et des mesures d'urgence économiques et sociales. Les cotisations ont nettement ralenti (+1,3% après 2,3%), en raison d'une moindre progression de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1% prévu après 3,5% en 2018) et de la perte de cotisations résultant de l'exonération des heures supplémentaires (représentant 1,7 Md€ de moindres produits sur l'ensemble de l'année). En compensation de la transformation du CICE en renforcement des allègements généraux et afin de compenser une partie de la perte de cotisations découlant de l'exonération sur les heures supplémentaires, la CNAV a vu sa fraction de taxe sur les salaires augmentée de près de 0,9 Md€. A l'inverse, la loi PACTE a réduit les prélèvements au titre du forfait social pour les petites et moyennes entreprises, ce qui a pesé pour 0,6 Md€ sur les produits dont la CNAV est attributaire. Les transferts reçus par la branche vieillesse ont été quasiment stables en 2019 ; ceux provenant du FSV ont diminué (-1,3%), en raison de l'extinction progressive du transfert au titre du financement du minimum contributif. Les autres transferts ont augmenté (+1,3%), la CNAV bénéficiant d'un transfert exceptionnel en provenance de l'Acos (une part de l'excédent qu'a dégagé en 2019 l'Acos au titre de la compensation à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux).

Graphique 5 • évolution du solde de la branche retraite du régime général de 2005 à 2020



Source : DSS

En 2020, le solde de la branche vieillesse du régime général se creuserait fortement (-13,5 Md€) pour s'établir à -14,9 Md€, principalement sous l'effet d'une chute des recettes (-6,9%, 9,4 Md€) et d'une accélération des dépenses (+3,0% contre +2,6% en 2018 ; +4,1 Md€).

Les dépenses de prestations accéléreraient, notamment en raison d'une revalorisation des pensions au 1^{er} janvier 2020 plus élevée qu'en 2019 : au 1^{er} janvier 2019, la revalorisation a été limitée à +0,3%, au lieu de l'inflation, pour l'ensemble des pensions de retraite alors qu'au 1^{er} janvier 2020, seules les pensions supérieures à environ 2000 € bruts mensuels ont été concernées par cette sous-indexation (les pensions inférieures étant revalorisées à hauteur de l'inflation, soit 1,0%).

Les produits de cotisations sociales se contracteraient de 8,9%, en raison principalement de l'affaissement de la masse salariale (-9,7%). Toutefois, les recettes fiscales affectées à la CNAV viendraient limiter en partie ces pertes en progressant de 7,2%. En effet, la hausse de la fraction de taxe sur les salaires attribuée à la CNAV fixée par la LFSS pour 2020 conduirait à une hausse de ces recettes (+16,2%) malgré la crise. L'objectif de ce transfert est de compenser les pertes relatives à l'exonération des heures supplémentaires en année pleine, l'avancement de la mesure au 1^{er} janvier 2019 dans la loi MUES - contre le 1^{er} septembre 2019 initialement dans la LFSS pour 2019 - n'ayant pas fait l'objet de compensation l'année dernière. Enfin, s'ajouterait une diminution des produits de transfert (-3,6%) qui découlerait, d'une part, de la baisse des prises en charge provenant du FSV (-1,8%), résultat de la fin du financement du minimum contributif, et, d'autre part, de la baisse des autres transferts (-3,6%), conséquence de la dégradation de la situation financière de la branche vieillesse du régime des salariés agricoles. Il passerait d'un excédent de 0,4 Md€ en 2019 (reversé au régime général au titre de l'intégration financière) à un besoin de financement de 0,1 Md€ en 2020 (couvert par la CNAV), en raison également de l'impact négatif de la crise sanitaire sur l'activité du secteur agricole.

Tableau 12 ● charges et produits de la branche retraite du régime général (2017-2020)

en millions d'euros

	2017	2017 pro forma	2018	%	2019	%	2020 (p)	%
Charges nettes	124 804	129 830	133 636	2,9	137 130	2,6	141 241	3,0
Prestations sociales nettes	115 510	123 056	126 645	2,9	129 583	2,3	133 399	2,9
Droits propres	104 227	110 579	113 994	3,1	117 111	2,7	120 605	3,0
Droits dérivés	10 786	11 886	12 047	1,4	12 144	0,8	12 314	1,4
Autres prestations nettes	497	591	603	2,0	328	-45,6	480	46,2
Transferts nets	7 915	5 116	5 366	4,9	5 951	10,9	6 230	4,7
Compensation démographique	4 545	3 055	3 317	8,6	3 716	12,0	3 968	6,8
Autres transferts (dont transferts d'équilibrage)	3 371	2 061	2 049	-0,6	2 236	9,1	2 262	1,2
Charges de gestion courante	1 339	1 610	1 588	-1,3	1 551	-2,4	1 566	0,9
Autres charges nettes	39	48	37	-21,4	45	20,4	47	3,8
Produits nets	126 601	131 627	133 797	1,6	135 722	1,4	126 328	-6,9
Cotisations, contributions et impôts nets	97 068	101 669	104 462	2,7	106 426	1,9	97 738	-8,2
Cotisations sociales (dont prises en charge par l'État)	83 327	88 020	90 054	2,3	91 267	1,3	83 180	-8,9
Contributions, impôts et taxes	14 818	14 818	14 994	1,2	15 866	5,8	17 012	7,2
Charges liées au recouvrement	-1 077	-1 169	-586	-49,8	-707	20,6	-2 454	++
Transferts nets	29 249	29 620	29 026	-2,0	28 941	-0,3	28 203	-2,6
Transferts avec régimes de base et complémentaires	11 552	11 745	11 771	0,2	11 916	1,2	11 492	-3,6
Transferts des régimes de base avec les fonds	17 697	17 875	17 254	-3,5	17 025	-1,3	16 710	-1,8
Autres produits nets	284	338	310	-8,3	355	14,7	387	9,0
Résultat net	1 797	1 797	161		-1 408		-14 913	

Source : DSS

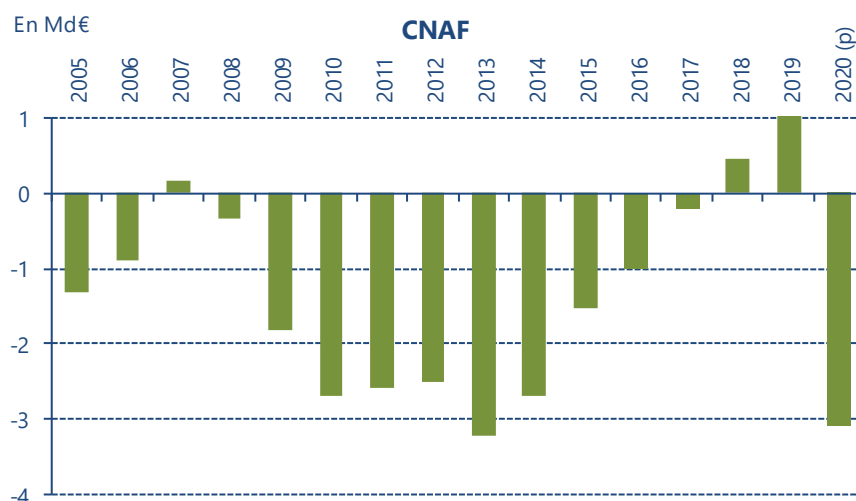
La branche famille : un déficit élevé en 2020 après deux années d'excédent

En 2019, le solde de la CNAF est excédentaire de 1,5 Md€, en amélioration de 1,1 Md€ par rapport à 2018.

Les charges nettes ont été quasiment stables (-0,1%) en raison d'une baisse des prestations légales nettes (-0,7%). Les prestations d'entretien ont nettement ralenti (+0,6% après +2,0%) du fait d'une revalorisation annuelle au 1^{er} avril 2019 limitée à 0,3%, mais aussi de la fin de montée en charge en 2018 des revalorisations exceptionnelles prévues dans le plan de lutte contre la pauvreté de 2013. Parallèlement, les prestations liées à la petite enfance (PAJE) ont poursuivi leur baisse (-2,5% après -3,3%). Les dépenses liées au congé parental (Prepave) se sont contractées (-6,0%), mais beaucoup moins que les années précédentes (de l'ordre de -20% en 2017 et 2018). La baisse du recours à cette prestation s'est poursuivi, mais à un rythme plus modéré. Par ailleurs, la mesure d'alignement progressif des plafonds et du montant de l'allocation de base de la PAJE sur le complément familial a poursuivi sa montée en charge en 2019. La baisse des prestations légales a été presque intégralement compensée par la hausse des prestations d'action sociale qui ont rebondi (+3,3% après 0,1% en 2018, année de signature de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion). Enfin, les transferts versés ont peu progressé (+0,4%), sous l'effet notamment de la limitation de la revalorisation des pensions de retraite à 0,3% en 2019, qui a mécaniquement ralenti les prises en charge par la CNAF des majorations de pensions pour les parents d'au moins trois enfants. Les charges de gestion courante ont fléchi (-2,4%).

Les produits de la CNAF ont progressé de 2,0% en 2019, après +1,3% en 2018. Les cotisations, nettes des charges liées au non recouvrement, ont retrouvé un rythme (+2,9%) proche de celui de l'assiette salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1%). Calculées sur la base des revenus très dynamiques de 2018, les cotisations sociales des non-salariés ont nettement rebondi (+12,7%). La dynamique des autres recettes est marquée par des réaffectations opérées par les lois financières. Ainsi, la baisse des produits d'impôts et taxes (-16,5%) résulte d'une baisse de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAF (de 1,9 Md€) au bénéfice de la CNAV (en compensation de la perte de recettes induite par les exonérations sur les heures supplémentaires) et de l'Acoss (dans le cadre de sa mission de compensation à l'Agirc-Arrco de leurs pertes de recettes induites par le renforcement des allègements généraux). Cette perte de taxe sur les salaires est partiellement compensée par 1,3 Md€ de produits de CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement en provenance de la CNAM. Les produits de CSG ont ainsi augmenté de 14,7%.

Graphique 6 • évolution du solde de la branche famille du régime général de 2005 à 2020



Source : DSS

En 2020, la CNAF passerait d'un excédent de 1,5 Md€ à un déficit de 3,1 Md€, soit une dégradation de 4,6 Md€. Elle s'explique entièrement par la baisse des recettes (-4,8 Md€) alors que les dépenses diminueraient légèrement (-0,2 Md€).

Les charges diminueraient de 0,4%, avec des prestations sociales en baisse de 1,3%. Ce recul proviendrait des dépenses au titre du complément mode de garde (CMG) qui diminueraient de 8,6% en raison du confinement, les parents n'ayant plus recours à des modes de garde payants pendant cette période. En outre, les économies induites par l'alignement progressif des plafonds et du montant de l'allocation de base de la PAJE sur le complément familial poursuivent leur montée en charge. Les prestations d'entretien progresseraient modérément (+0,2%) sous l'effet d'une revalorisation annuelle au 1^{er} avril 2020 limitée à 0,3% par la LFSS pour 2020. Les prestations d'action sociale seraient en hausse de 1,8% : la CNAF réduit ses financements aux établissements d'accueil des enfants fermés en raison de la crise sanitaire (à hauteur des aides au titre de l'activité partielle financées par l'Etat et l'assurance chômage pour les établissements y ayant eu recours), elle finance en contrepartie des aides d'urgences (via une majoration de ses dotations d'action sociale) ainsi que des aides exceptionnelles aux micro-crèches et aux maisons d'assistantes maternelles. Elle verse également des bonus aux crèches qui ont repris leur activité (en fonction du nombre de places d'accueil ouvertes). Enfin, les charges de gestion courante afficheraient un net rebond (+6,8%), après la sous-exécution constatée en 2019. Les transferts versés augmenteraient modérément (+1,0%).

Les produits diminueraient de 9,3%. Les cotisations sociales baisseraient de 6,4%, en raison du recul de la masse salariale du secteur privé (-9,7%), alors que les cotisations des agents publics sont épargnées par les effets de la crise. Les cotisations des non-salariés seraient également en nette diminution (-7,4%). Les recettes de CSG baisseraient mais dans une moindre proportion (-3,7%) : la forte contraction de l'assiette composée des revenus d'activité et de placement est en effet partiellement compensée par la dynamique des revenus de remplacement (liée à l'activité partielle). Le ralentissement brutal de l'activité économique pèse également largement sur la dynamique des impôts et taxes. Ils se contracteraient de 17,0% sous l'effet de la baisse du rendement de la taxe sur salaires (-20%) et des prélèvements sur les stock-options et les attributions d'actions gratuites (-39%). Le recouvrement des cotisations et contributions se dégraderait nettement, conduisant à l'inscription en fin d'année d'une forte dotation aux provisions pour dépréciation des créances dans les charges liées au non recouvrement (-1Md€). Les transferts reçus progresseraient (+3,6%) tandis que les autres produits fléchiraient de 9,4% en raison de la baisse de la prise en charge par l'Etat des frais de gestion au titre de la prime d'activité décidée dans les lois financières pour 2020.

Tableau 13 ● charges et produits de la branche famille du régime général (2017-2020)

en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%	2020 (p)	%
CHARGES NETTES	49 957	0,7	49 945	0,0	49 877	-0,1	49 685	-0,4
Prestations sociales nettes	36 735	0,7	36 738	0,0	36 689	-0,1	36 217	-1,3
Prestations légales nettes	31 305	-0,2	31 303	0,0	31 074	-0,7	30 504	-1,8
Prestations extralégales nettes	5 431	6,3	5 435	0,1	5 615	3,3	5 713	1,8
Transferts versés nets	10 204	0,1	10 234	0,3	10 272	0,4	10 370	1,0
Charges de gestion courante	2 981	2,8	2 927	-1,8	2 856	-2,4	3 051	6,8
Autres charges nettes	37	29,1	47	26,3	60	27,9	47	-22,0
PRODUITS NETS	49 757	2,4	50 396	1,3	51 401	2,0	46 599	-9,3
Cotisations, contributions, impôts et taxes	48 627	2,4	49 458	1,7	50 399	1,9	45 663	-9,4
Cotisations sociales brutes	30 192	0,1	29 357	-2,8	30 313	3,3	28 374	-6,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	852	++	851	-0,1	686	-19,3	655	-4,6
CSG brute	10 168	2,6	10 435	2,6	11 965	14,7	11 526	-3,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7 714	12,0	8 890	15,2	7 422	-16,5	6 160	-17,0
Charges liées au non-recouvrement	-299	--	-74	++	13	++	-1 052	--
Transferts reçus nets	345	-3,3	217	--	202	-6,7	210	3,6
Autres produits nets	785	3,5	720	-8,2	800	11,1	725	-9,4
RESULTAT NET	-200		450		1 525		-3 087	

Source : DSS

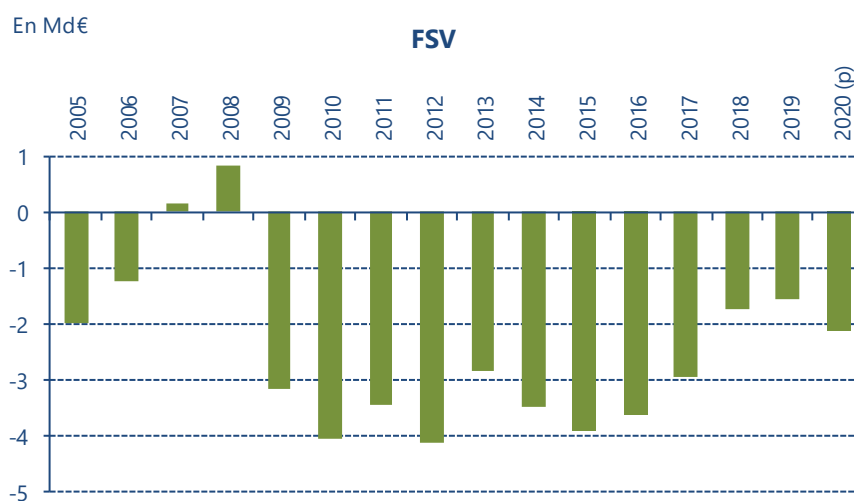
Le FSV : un nouveau creusement du déficit en 2020

En 2019, avec un déficit de 1,5 Md€ après -1,8 Md€ en 2018, la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a poursuivi son lent redressement. Ses charges ont à nouveau diminué, mais moins qu'en 2018 (-1,1% après -3,0% en 2018) et ses produits sont demeurés stables.

Le repli des dépenses à la charge du fonds s'explique surtout par la fin progressive de sa contribution au financement du minimum contributif, une nouvelle fois diminuée de 0,8 Md€ avant de disparaître en 2020. Ces économies ont toutefois été pour partie compensées par la deuxième étape de la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse poussant à la hausse les charges de prestations de près de 0,4 Md€, ainsi que par le dynamisme des prises en charges de cotisations au titre du chômage et de la maladie (+0,2 Md€).

Les produits sont demeurés stables en 2019 malgré de nouvelles réaffectations de recettes qui devaient se traduire, selon les prévisions de la LFSS pour 2020, par une perte de 0,2 Md€ pour le FSV : le fonds perd ainsi en 2019 une part de ses recettes sur les revenus du capital (sa fraction de prélèvement social assis sur ces revenus, rétrocédée à l'Etat, ainsi qu'une part de CSG) et reçoit en contrepartie une fraction de CSG sur les revenus de remplacement. Toutefois, le rendement de la CSG sur les revenus du capital a été meilleur qu'attendu, ce qui a globalement conduit à neutraliser la perte initialement prévue.

Graphique 7 ● évolution du solde du FSV de 2005 à 2020



Source : DSS

En 2020, le déficit du FSV se creuserait à nouveau (-2,1 Md€), soit une dégradation de 0,6 Md€, en raison d'un fort repli de ses recettes (-5,8%) lié à la crise sanitaire alors que ses charges connaîtraient une nouvelle baisse (-2,2%).

La diminution des charges s'expliquerait par la fin de la participation du fonds au financement du minimum contributif, ce qui représente une économie de 1,0 Md€ pour le FSV. Cependant, comme en 2019, cette économie serait partiellement compensée par la dernière étape de revalorisation du minimum vieillesse (de 803 € à 903 € entre 2017 et 2020 pour une personne seule).

Les recettes affectées au fonds devraient se contracter fortement (-5,8%). Les produits de CSG assise sur les revenus du capital diminueraient de 10,3% en raison de la crise. Toutefois, la fraction la CSG sur les revenus de remplacement serait, à l'inverse, très dynamique (+5,8%) puisque les allocations versées aux salariés en activité partielle ainsi que les indemnités journalières versées en raison de l'épidémie y sont assujetties.

Tableau 14 ● charges et produits du FSV (2017-2020)

en millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%	2020 (p)	%
Charges nettes	19 564	18 968	-3,0	18 767	-1,1	18 347	-2,2
Transferts nets	19 438	18 812	-3,2	18 615	-1,0	18 213	-2,2
Transferts des régimes de base avec les fonds	19 085	18 473	-3,2	18 293	-1,0	17 888	-2,2
Prises en charge de cotisations	13 492	13 501	0,1	13 728	1,7	13 960	1,7
Prises en charge de prestations	5 593	4 971	-11,1	4 566	-8,2	3 928	-14,0
Transferts avec les régimes complémentaires	352	339	-3,6	322	-5,2	325	1,1
Autres charges nettes	126	155	22,9	152	-2,5	134	-11,6
Produits nets	16 626	17 216	3,6	17 214	0,0	16 213	-5,8
Contributions, impôts et taxes nets	16 626	17 176	3,3	17 211	0,2	16 211	-5,8
CSG brute	10 059	13 048	29,7	17 402	33,4	16 409	-5,7
sur revenus de remplacement	2	0	--	4 929	--	5 214	5,8
sur revenus du capital	10 084	13 055	29,5	12 476	-4,4	11 195	-10,3
sur autres revenus, majorations et pénalités	-27	-8	--	-2	--	0	--
Contributions sociales diverses	6 788	4 388	-35,4	9	--	0	--
Impôts et taxes	14	-8	--	-2	--	0	--
Charges liées au non-recouvrement	-235	-251	--	-198	--	-198	--
Autres produits nets	0	40	++	2	--	2	0,0
Résultat net	-2 938	-1 751		-1 553		-2 134	

Source : DSS

Des effets massifs sur la trésorerie de la sécurité sociale

Un besoin de financement de l'ACOSS considérablement augmenté

En réponse à la chute brutale de l'activité, les entreprises ont été autorisées à reporter le paiement des cotisations et contributions sociales dès l'échéance du 15 mars, ce report représentant plus de 23 Md€ pour les échéances du 15 mars au 5 juin 2020 sur l'ensemble du secteur privé (et pour l'ensemble des attributaires pour le compte desquels les Urssaf assurent le recouvrement des cotisations). Le dispositif d'activité partielle auquel il a été recouru à grande échelle pendant la période de confinement et la dégradation de l'emploi ajoutent à ces tensions en réduisant l'assiette des prélèvements sociaux. D'autres mesures exceptionnelles ont affecté ponctuellement les besoins de financement, comme les dotations à l'Agence nationale de santé publique ou les avances aux établissements de santé.

En conséquence, un décret du 25 mars 2020 a majoré en urgence le plafond des ressources non permanentes de l'ACOSS, de 39 Md€, plafond prévu en LFSS pour 2020, à 70 Md€, soit une augmentation de 31 milliards d'euros.

Par ailleurs, l'ACOSS est contrainte de financer à court terme les déficits passés qui n'ont pu être transférés pour amortissement à la CADES, du fait de la saturation depuis fin 2016 du plafond de reprise de nouveaux déficits. Le solde de trésorerie de l'ACOSS est ainsi resté négatif fin 2019 à hauteur de 21,9 Md€.

L'actualisation du profil des besoins de trésorerie a conduit à relever une nouvelle fois le plafond d'emprunt de l'ACOSS à hauteur de 95 Md€ par un décret du 20 mai 2020, ce qui représente une capacité d'emprunt supplémentaire de 25 Md€. Au total, le plafond de ressources non permanentes de l'ACOSS fixé par la LFSS pour 2020 a été multiplié 2,5 fois par voie réglementaire.

Une structure de financement de l'ACOSS bouleversée

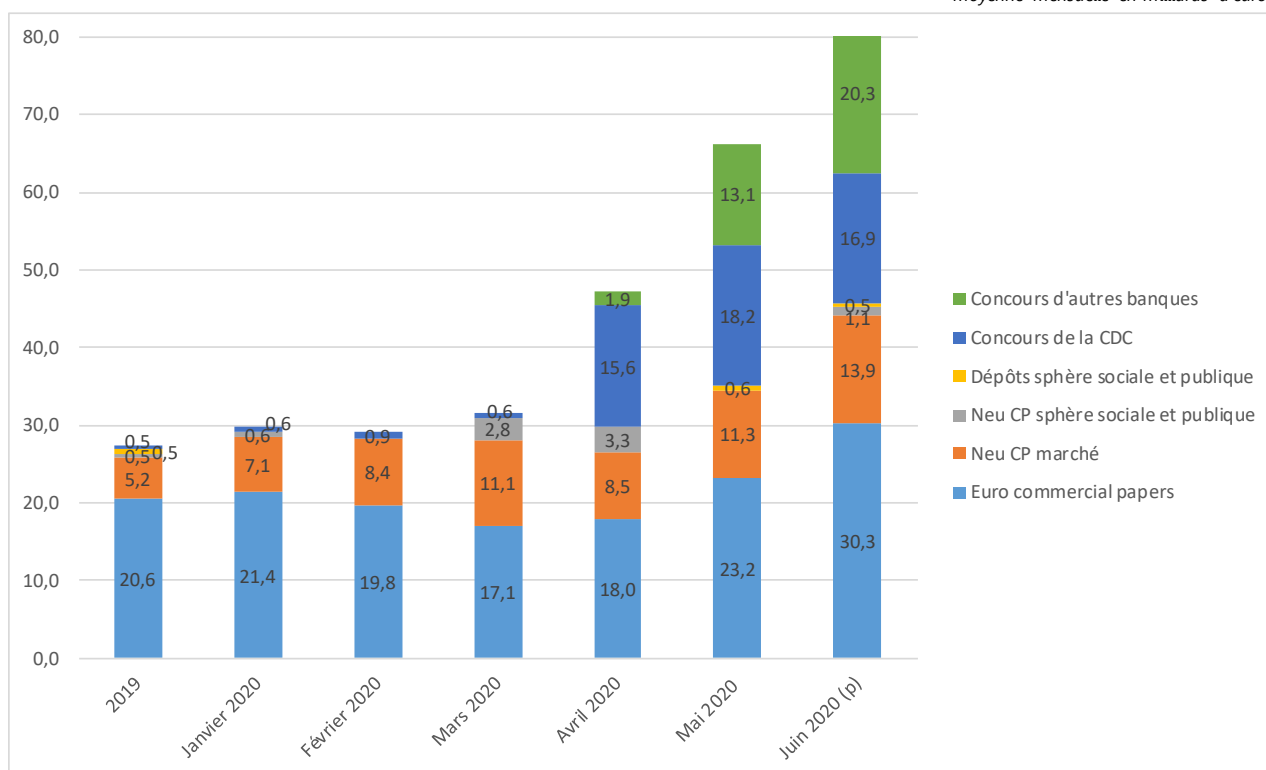
Pour faire face à ce besoin de financement rapide et massif, plusieurs leviers complémentaires ont été mobilisés :

- dans le contexte d'une contraction des marchés financiers en mars, l'ACOSS a dû avoir recours à des financements bancaires très au-delà des dispositifs initiaux. Dès le 31 mars, elle a contracté auprès de la Caisse des dépôts un prêt de 7,3 Md€ complémentaire au montant de 3,7 Md€ prévu dans la convention de 2020. Un prêt supplémentaire de 10 Md€ a été conclu le 6 avril ;
- des emprunts ont été souscrits auprès des banques spécialistes en valeurs du Trésor (SVT) avec l'accompagnement de l'Agence France Trésor (AFT), pour un montant total de plus de 22 Md€ ;
- En parallèle et malgré une atonie des marchés au début du printemps, l'ACOSS est parvenue à maintenir ses financements de marché à hauteur de 26,6 Md€ en moyenne au mois d'avril. Depuis fin mai, l'amélioration de la situation sur les marchés lui a permis d'atteindre un encours de financements plus élevé et sur des maturités plus longues. Ainsi, le 6 juin, le montant des financements de marché s'établissait à 46 Md€, soit un niveau sans précédent pour l'ACOSS.

La structure des financements de l'ACOSS a ainsi été bouleversée en trois mois, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Graphique 8 ● structure de financement de l'ACOSS – répartition des encours de dette

moyenne mensuelle en milliards d'euros



Source : ACOSS

Un transfert de dette à la CADES de nature à réduire significativement le besoin de financement de l'ACOSS en 2020

Un projet de loi organique et un projet de loi ordinaire relatif à la dette sociale et à l'autonomie ont été déposés le 27 mai à l'Assemblée nationale. Le projet de loi organique reporte la date de fin de remboursement de la dette sociale, estimée fin 2019 par la CADES à 2024, au 31 décembre 2033, afin d'organiser de nouveaux transferts de dettes à la CADES à hauteur de 136 Md€ selon le projet de loi ordinaire. Ces transferts à la CADES permettraient de couvrir :

- les déficits accumulés au 31 décembre 2019 par le régime général, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), la branche vieillesse du régime des travailleurs agricoles non-salariés et le régime de retraite de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), dans la limite de 31 Md€ ;
- les déficits prévisionnels du régime général, à l'exception de la branche « accidents du travail-maladies professionnelles », du FSV et de la branche vieillesse du régime des travailleurs agricoles non-salariés, dans la limite de 92 Md€ ;
- les dotations de la branche maladie du régime général couvrant une partie des échéances des emprunts des établissements publics de santé contractés au 31 décembre 2019, dans la limite de 13 Md€.

Sous réserve que ces projets de loi soient votés dans ces termes, il est envisagé d'alléger les besoins de trésorerie de l'ACOSS selon le calendrier suivant :

- un premier versement à la CADES, d'un montant de 5 à 10 Md€, interviendrait d'ici le mois d'août, au regard de sa capacité d'émission dans un délai restreint ;
- un second versement, d'un montant de 15 Md€ supplémentaire, serait effectué d'ici fin 2020.

Par ailleurs, le FRR versera à l'ACOSS avant le 31 juillet environ 5 Md€ au titre de la soulte d'adossement des industries électriques et gazières (IEG) à la CNAV, dont le versement devait intervenir progressivement à compter de 2020.

ANNEXE

Tableau 15 • charges nettes, produits nets et soldes du régime général et du FSV, par branche 2016-2020

En millions d'euros

	2016	2017	2017 pro forma	2018	2019	2020(p)
Maladie						
Recettes	194 585	201 348 3,5%	201 679	210 802 4,5%	215 182 2,1%	199 666 -7,2%
Dépenses	199 367	206 236 3,4%	206 551	211 534 2,4%	216 648 2,4%	230 801 6,5%
Solde	-4 782	-4 888	-4 872	-732	-1 466	-31 135
AT/MP						
Recettes	12 562	12 858 2,4%	12 858	12 706 -1,2%	13 214 4,0%	11 713 -11,4%
Dépenses	11 800	11 728 -0,6%	11 728	12 045 2,7%	12 239 1,6%	12 462 1,8%
Solde	762	1 130	1 130	661	975	-749
Vieillesse						
Recettes	123 691	126 601 2,4%	131 627	133 797 1,6%	135 722 1,4%	126 331 -6,9%
Dépenses	122 808	124 804 1,6%	129 830	133 636 2,9%	137 130 2,6%	141 241 3,0%
Solde	883	1 797	1 797	161	-1 408	-14 910
Famille						
Recettes	48 591	49 757 2,4%	49 757	50 396 1,3%	51 401 2,0%	46 599 -9,3%
Dépenses	49 588	49 957 0,7%	49 957	49 945 0,0%	49 877 -0,1%	49 685 -0,4%
Solde	-997	-200	-200	450	1 525	-3 087
Régime général						
Recettes	366 592	377 607 3,0%	382 762	394 623 3,1%	402 413 2,0%	371 323 -7,7%
Dépenses	370 726	379 768 2,4%	384 907	394 083 2,4%	402 787 2,2%	421 204 4,6%
Solde	-4 135	-2 161	-2 145	541	-374	-49 881
FSV						
Recettes	16 676	16 626 -0,3%	16 626	17 216 3,6%	17 214 0,0%	16 213 -5,8%
Dépenses	20 317	19 564 -3,7%	19 564	18 968 -3,0%	18 767 -1,1%	18 347 -2,2%
Solde	-3 641	-2 938	-2 938	-1 751	-1 553	-2 134
RG+FSV						
Recettes	364 953	376 513 3,2%	381 489	394 559 3,4%	402 576 2,0%	370 799 -7,9%
Dépenses	372 729	381 612 2,4%	386 573	395 770 2,4%	404 502 2,2%	422 815 4,5%
Solde	-7 776	-5 099	-5 084	-1 211	-1 927	-52 016

Source : DSS

Tableau 16 • soldes des régimes de base de 2017 à 2019 (en Md€)

	2017	2018	2019
Régime général	-2,2	0,5	-0,4
CNAM	-4,9	-0,7	-1,5
CNAM-AT	1,1	0,7	1,0
CNAV	1,8	0,2	-1,4
CNAF	-0,2	0,5	1,5
Régimes des indépendants	0,2	0,2	0,6
RSI	0,0		-
MSA - Exploitants agricoles	-0,2	0,0	0,2
CNAVPL	0,3	0,1	0,4
CNBF	0,1	0,1	0,1
Autres régimes de salariés	0,1	-0,5	-0,4
MSA - Salariés agricoles	0,0	0,0	0,0
CANSSM (Mines)	0,0	0,0	0,0
ENIM (Marins)	0,0	0,0	0,0
CNMSS (Militaires)	0,0	0,0	0,0
CRPCEN	0,1	0,1	0,2
CNRACL/FATIACL	0,0	-0,6	-0,7
CNIEG	-0,1	0,0	0,1
Autres régimes spéciaux *	0,0	0,1	0,0
Ensemble des régimes de base	-1,9	0,3	-0,2

Source : DSS

1. LES RECETTES

1.1 Vue d'ensemble des recettes

Les ressources affectées au régime général et au FSV en 2019 se sont élevées à 402,6 Md€, en augmentation de 2,0%.

Les recettes sur les revenus d'activité en baisse au profit des recettes fiscales

Les 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, les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers, tels que la CNSA) et les autres produits (cf. tableau 1). Les cotisations en constituent la part la plus importante : elles représentaient 50% de l'ensemble des produits reçus par le régime général et le FSV en 2019. La part de la CSG s'établit à 25% en 2019 et celle des impôts, taxes et autres contributions sociales à 21%¹ (cf. graphique 1). La part des impôts, taxes et autres contributions sociales a bondi (12% en 2018) en raison de l'augmentation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale pour lui compenser notamment la mesure de transformation du CICE en allègement de cotisation. Les parts des cotisations et de la CSG ont diminué en contrepartie.

Les revenus d'activité constituent la principale assiette des recettes du régime général et du FSV (cf. graphique 2). En effet, les cotisations (en quasi-totalité) et la CSG (à 80%) sont assises sur ces revenus, ainsi que certaines recettes fiscales, notamment le forfait social et la taxe sur les salaires. La part de ces revenus a diminué en 2019 (71% de l'ensemble des ressources contre 79% en 2018), en raison de la transformation du CICE en allègements de cotisations patronales. En effet, près d'un quart du rendement de la TVA a été affecté à la sécurité sociale en 2019, participant à la hausse de 10 points du poids des recettes fiscales assises sur la consommation des ménages (14% contre 4% en 2018), qui comprennent aussi les taxes sur les tabacs et les alcools. Les prélèvements sur les revenus de remplacement (principalement de la CSG) représentent 5% des recettes, soit 1 point de moins qu'en 2018. Cette baisse est liée au rétablissement du taux de CSG intermédiaire à 6,6% sur les pensions de retraite. La part des prélèvements sur les revenus du capital (CSG et prélèvement social) a également diminué de 1 point (3% après 4% en 2018) en lien avec la baisse de 0,6 point du taux de la CSG prélevée sur les revenus du capital. Enfin, environ 2% des recettes sont issues de la taxation de l'activité des entreprises, notamment la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) et la taxe de solidarité additionnelle.

Les mesures nouvelles et la légère dégradation du contexte macroéconomique pèsent sur les recettes en 2019

Les recettes du régime général et du FSV ont ralenti en 2019 (+2,0% après +3,4% en 2018). Le contexte macro-économique s'est en effet légèrement dégradé, la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations ayant progressé de 3,1%² après 3,5% en 2018. Elle a contribué à hauteur de 1,7 point à la hausse des produits contre 1,9 point en 2018 (cf. graphique 3). La dynamique des autres assiettes a contribué pour 1,5 point à la hausse des recettes tandis que l'effet des mesures a pesé à hauteur de -1,2 point.

Plusieurs mesures non compensées ont pesé sur la dynamique des recettes

En 2019, les mesures nouvelles non compensées par l'État ont représenté une perte de 4,4 Md€ (cf. tableau 3). Il s'agit notamment de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires (-1,7 Md€), du rétablissement du taux de CSG à 6,6% sur les pensions intermédiaires (-1,5 Md€), des allègements sur le forfait social votés dans la loi PACTE (-0,5 Md€), des baisses de cotisations pour certains régimes afin de compenser aux employeurs relevant de ces régimes la perte du CICE (-0,6 Md€ ; cf. fiche 1.2), et du lissage des effets de seuils de la CSG sur les pensions (-0,2 Md€).

Au total, les mesures nouvelles et anciennes auraient ralenti la dynamique des recettes de 1,2 point (cf. graphique 3).

¹ L'ensemble des produits présentés ici sont nets des charges (pour non recouvrement, pour frais d'assiette et de dégrèvement, etc.).

² La masse salariale globale a progressé de 3,4%. L'écart d'évolution avec la masse salariale soumise à cotisations (0,3 pt) correspond à la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, versée par les entreprises entre décembre 2018 et mars 2019 et exonérée de prélèvements sociaux.

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

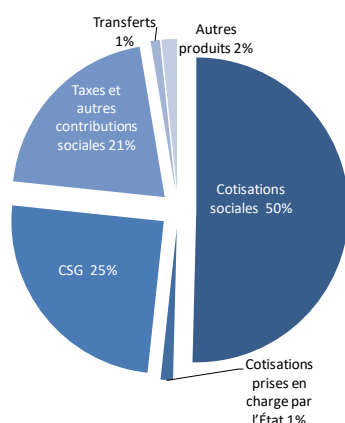
En millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%
Cotisations sociales	217 630	215 390	-1,0	203 708	-5,4
Cotisations prises en charge par l'État	6 037	5 963	-1,2	5 284	-11,4
Contributions, impôts et taxes	151 409	165 276	9,2	184 548	11,7
CSG	91 069	116 689	28,1	100 826	-13,6
Contributions sociales diverses	13 356	11 240	-15,8	6 754	-39,9
Impôts et taxes	46 985	37 347	-20,5	76 968	++
Charges liées au non recouvrement	- 2 907	- 1 984	31,7	- 1 605	19,1
Sur cotisations sociales	- 2 240	- 1 376	38,6	- 1 682	-22,3
Sur CSG (hors capital)	- 203	- 314	--	102	++
Sur impôts, taxes et autres cont. (yc capital)	- 464	- 294	36,6	180	++
Transferts nets	3 727	3 670	-1,5	3 955	7,8
Autres produits nets	5 592	6 242	11,6	6 686	7,1
Total des produits nets du régime général et du FSV	381 489	394 559	3,4	402 576	2,0

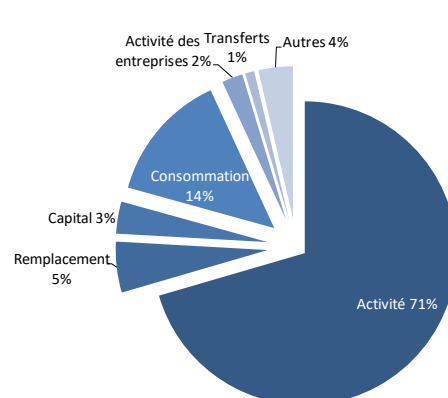
Source : DSS/SDEPF/6A.

Note : les montants de cotisations sociales et de CSG diffèrent de ceux présentés en fiche 1.2 et 1.3 en ce que les prises en charge par la CNAF au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant sont ici consolidées.

Graphique 1 • Répartition des recettes du RG et du FSV par catégorie de recettes (2019)



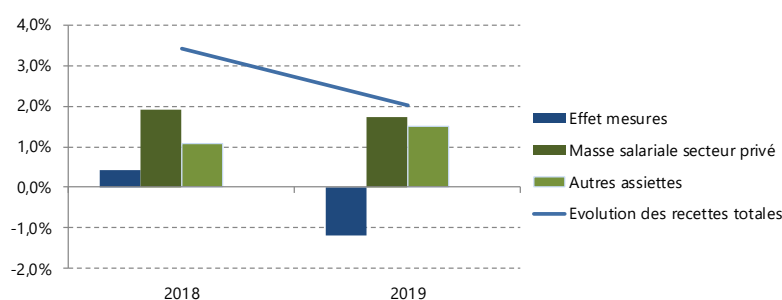
Graphique 2 • Répartition des recettes du RG et du FSV par type d'assiette (2019)



Note : les impôts, taxes et contributions par type d'assiette ont été décomposés 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 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'affaires des entreprises intègrent la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSL), la taxe sur les véhicules de société, les taxes médicaments, 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 le tabac et les taxes sur les alcools et boissons non alcoolisées. Les contributions sur les jeux et paris et les contributions sur les avantages de retraites et préretraite sont compris dans la catégorie des autres recettes.

Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 3 • Principaux déterminants de l'évolution des recettes



Source : DSS/SDEPF/6A

Une contraction des cotisations et de la CSG contrebalancée par une forte hausse des recettes fiscales

Les produits de cotisations se sont contractés de 5,4% en 2019, en raison essentiellement du renforcement des allègements de cotisations en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), mais aussi de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires.

Le renforcement des allègements a pris la forme d'une diminution de 6 points du taux de cotisation patronale maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. De plus, la réduction générale sur les bas salaires a été élargie de manière à supprimer toutes les cotisations patronales d'ordre général au niveau du SMIC. Cet élargissement a été effectué en deux temps : les cotisations de retraite complémentaires dès le 1^{er} janvier et les cotisations chômage à partir du 1^{er} octobre. Ce renforcement s'est accompagné de la suppression de certains dispositifs d'exonération spécifiques devenus moins avantageux que les allègements de droit commun (cf. fiche 3.5 du rapport de juin 2019).

La CSG affectée au régime général a baissé très fortement (-13,6%), principalement du fait du transfert à l'Unédic d'une fraction de CSG sur les revenus d'activité, afin de compenser à cette dernière la suppression des cotisations salariales chômage. De plus, la CNAM a transféré à la CNSA 2,4 Md€ de CSG « activité » en contrepartie de la rétrocession à l'Etat du prélèvement social sur les revenus du capital. Enfin, le rétablissement du taux de CSG à 6,6% sur les pensions de retraite et d'invalidité intermédiaires a pesé sur les produits de CSG sur les revenus de remplacement (-1,5 Md€).

A l'inverse, le doublement des produits des impôts et taxes est lié à la très forte hausse de la fraction de TVA affectée à CNAM (23,13% après 0,34%), attribuée notamment en compensation de la baisse de 6 points du taux de cotisation maladie.

Enfin, les transferts nets ont beaucoup augmenté (+7,8%). Le régime général a bénéficié d'un transfert de 0,2 Md€ provenant de l'Acos, qui a perçu des recettes fiscales qui se sont finalement avérées légèrement supérieures à la compensation qu'elle doit verser à l'Unédic et l'Agirc-Arrco du fait de l'élargissement des allègements généraux aux contributions patronales chômage et retraite complémentaire (cf. encadré 1).

Encadré 1 • La compensation par l'Acos des pertes liées au renforcement des allègements généraux à l'Unédic et l'Agirc-Arrco et ses effets sur le solde du régime général

Depuis les lois financières de 2018, l'Acos a acquis un rôle de « caisse de compensation ». Ainsi, en 2018, l'Acos a compensé à l'Unédic les pertes de recettes induites par la suppression de la contribution salariale d'assurance chômage. Ainsi, l'Acos s'est vu attribuer 5,59 points de TVA, soit 9,6 Md€ pour une perte à compenser de 9,7 Md€. Les recettes fiscales perçues par l'Acos ont donc été inférieures au niveau nécessaire à la compensation. Dans la mesure où il revient au régime général (RG) d'assurer l'équilibre de l'Acos « selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels des branches », le manque à gagner de 0,1 Md€ a été réparti sur les branches excédentaires du RG au prorata de leur solde, soit 40 M€ pour la branche AT-MP, 40 M€ pour la CNAV et 20 M€ pour la branche famille. La LFSS pour 2019 a modifié ces modalités de compensation à partir du 1^{er} janvier 2019 : l'Unédic n'est plus dédommée à l'euro près par l'Acos mais perçoit en compensation 1,47 point de CSG activité.

La LFSS pour 2019 a confié à l'Acos, à partir du 1^{er} janvier 2019, la mission d'assurer la compensation à l'euro près à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco de l'exonération nouvelle de cotisations patronales chômage et retraite complémentaire sur les bas salaires. L'Acos a ainsi perçu au total 6,5 Md€ de recettes fiscales nouvelles : 5,1 Md€ de TVA (soit 2,87 points) et 1,4 Md€ de taxe sur les salaires (soit 10 points). La perte de recettes pour l'Unédic et à l'Agirc-Arrco, et donc le montant versé au titre de la compensation, a été estimée à 6,3 Md€. Les recettes fiscales perçues par l'Acos ont donc été supérieures de 0,2 Md€ au niveau nécessaire à la compensation. En application de l'article 26 de la LFSS pour 2019, ce gain a été réparti au prorata des soldes des branches du régime général déficitaires. La branche maladie a donc bénéficié d'un transfert de 120 M€ et la branche vieillesse de 80 M€.

Tableau 2 • Principales mesures en 2018

En milliards d'euros

	Branche maladie	Branche AT- MP	Branche famille	Branche vieillesse	FSV	RG+FSV
Total toutes mesures en recettes	2,8	-0,5	-0,4	-0,1	-0,3	1,6
Mesure pouvoir d'achat	2,2	0,0	-0,3	0,0	-0,3	1,7
Hausse de CSG	20,4				2,4	22,8
Suppression de cotisation salariale maladie	-4,9					-4,9
Baisse cotisation maladie et famille des travailleurs indépendants	-0,2		-1,6			-1,9
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					-2,6	-2,6
Autres mesures de transfert	-0,2		0,0			-0,2
Ajustement des fractions de taxe sur les salaires	-1,3		1,3			0,0
Autres mesures / effets	0,6	-0,5	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Hausse du taux de cotisation maladie	0,6					0,6
Baisse de taux AT		-0,5				-0,5
Contrecoup de l'affectation à la CNAM des réserves de la section III du FSV	-0,8					-0,8
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	0,9					0,9
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

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 • Principales mesures en 2019

En milliards d'euros

	Branche maladie	Branche AT- MP	Branche famille	Branche vieillesse	FSV	RG+FSV
Total toutes mesures en recettes	-2,4	0,0	-0,4	-1,7	-0,2	-4,7
Mesures de la LFSS pour 2019	-1,5	0,0	-0,6	-0,6	-0,2	-2,8
Mesures de transformation du CICE et du CITS en allègements de cotisations	-17,2	0,0	0,3	-0,4	0,0	-17,4
Renforcement des allègements généraux	5,2	0,0	0,2	-0,2		5,1
Modification des exonérations ciblées	-0,3	0,0	-0,1	-0,4		-0,9
Bandeau maladie	-22,2					-22,2
Suppression du CITS	0,1		0,2	0,3		0,5
Transferts entre l'Etat et la sécurité sociale	40,4	0,0	0,0	0,0	-5,5	35,0
Rétrocession à l'Etat des prélèvements sociaux sur le capital (yc baisse de la CSG capital)					-5,5	-5,5
Hausse de la TVA	40,4					40,4
Transferts entre branches	-23,9	0,0	-0,7	0,9	5,3	-18,4
Modification de la répartition de la taxe sur les salaires	-0,4		-1,9	0,9		-1,4
Modification fraction de CSG	-23,5		1,3		5,3	-17,0
Autres mesures de la LFSS pour 2019	-0,7	0,0	-0,2	-1,0	0,0	-2,0
Compensation du CICE aux régimes spéciaux	-0,4		-0,2			-0,6
Mesures relatives au forfait social et contributions sur les PERCO (loi PACTE)				-0,5		-0,5
Exonérations heures supplémentaires LFSS pour 2019 (avant MUES)				-0,6		-0,6
Lissage des seuils d'assujettissement à la CSG remplacement	-0,2					-0,2
Modification du barème de la cotisation subsidiaire maladie	-0,04					-0,04
Suppression des taxes farines (via transfert d'une fraction de droits alcools au RCO agricole)	-0,1					-0,1
Modification taxes boissons sucrées	0,03					0,03
Mesures antérieures ayant un impact en 2019	0,5		0,2			0,7
Mesures relatives aux droits tabacs	0,3					0,3
Parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR)	0,1		0,04			0,1
Hausse de taux maladie grandes entreprises nationales	0,03					0,03
Mesures relatives aux attributions gratuites d'actions (AGA)			0,2			0,2
Contribution des OC au financement de la convention médicale	0,07					0,1
Mesures d'urgence économiques et sociales	-1,5			-1,1		-2,6
Décalage au 1er janvier exonération de cotisations sur les heures supplémentaires				-1,1		-1,1
Baisse du taux de CSG sur une partie des retraites	-1,5					-1,5

Source : DSS/SDEPF/6A

1.2 Les cotisations

Les cotisations sociales nettes ont représenté 50% des recettes du régime général en 2019, soit 4 points de moins qu'en 2018. Avec la poursuite des politiques générales d'exonérations sur les bas salaires, initiées au début des années 1990, ce poids diminue tendanciuellement (82% en 1993). Les mesures du pacte de responsabilité (2014-2017) et de suppression ou de baisse des cotisations en contrepartie d'une hausse de la CSG (2018) ont contribué à hauteur de 3 points à ce recul, accentué en 2019 par la transformation du CICE en allègements de cotisations patronales.

En 2019, les cotisations sociales brutes du régime général se sont élevées à 205,8 Md€, en recul de 5,3%, sous l'effet des mesures adoptées en LFSS pour 2019. La dynamique des cotisations s'est donc nettement écartée de l'évolution de la masse salariale du secteur privé (+3,1%). Cette baisse a été légèrement amoindrie par la revalorisation du plafond de la sécurité sociale, plus forte que la dynamique du salaire moyen par tête (+2,0% contre +1,8%), contribuant pour partie au fort dynamisme de la masse salariale plafonnée (+3,6%) et à l'évolution des cotisations de la branche retraite (cf. encadré 3), majoritairement assises sur les rémunérations des salariés du secteur privé.

Les cotisations du régime général sont assises quasi-intégralement sur les revenus d'activité. Les cotisations assises sur les salaires du secteur privé en constituent la plus grande part (76%, cf. graphique 1), ce qui fait de la croissance de la masse salariale privée un indicateur macroéconomique majeur dans la dynamique des recettes de la sécurité sociale. Toutefois, d'autres facteurs interviennent, en particulier la progression des autres assiettes (notamment celle du secteur public dont les cotisations pèsent pour 13% du total) et la dynamique des exonérations.

La branche vieillesse a reçu 43% des cotisations en 2019, suivie de la branche maladie (36%) puis de la branche famille (15%) et de la branche AT-MP (6%, cf. graphique 2). Le poids des cotisations dans le total des produits des branches maladie (35%) et famille (61%) est plus faible que dans les autres branches¹ compte tenu de la plus grande diversification de leurs recettes, qui reposent notamment pour une part importante sur la CSG, qui s'est substituée à partir des années 90 aux cotisations salariales. En 2019, sous l'effet de la transformation du CICE en allègements de cotisations, la TVA représente également une part importante des recettes de la branche maladie.

En 2019, la valeur d'un point de cotisation déplafonnée est de 9,1 Md€ pour le régime général (cf. encadré 1). Elle est de 6 Md€ pour le secteur privé salarié, 1,4 Md€ pour le public, 0,9 Md€ pour les travailleurs non-salariés non-agricoles, 0,2 Md€ pour le secteur agricole et 0,2 Md€ pour les autres cotisants (dont les particuliers employeurs).

En 2019, la transformation du CICE en allègement et l'exonération des heures supplémentaires a conduit à un fort repli des cotisations du secteur privé

En 2019, le produit des cotisations brutes du secteur privé a diminué fortement (-7,5%) malgré une progression de la masse salariale soumise à cotisations de 3,1%. Cet écart de dynamique s'explique, pour l'essentiel, par l'effet des mesures et, dans une mesure moindre, par l'effet des charges liées au non recouvrement (cf. encadré 2).

La baisse de 6 points de la cotisation patronale maladie a réduit de 21,3 Md€ le montant des cotisations du secteur privé

En contrepartie de la suppression du CICE et du CITS au 1^{er} janvier 2019, les cotisations patronales maladie ont été réduites de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC (qui était également le plafond applicable pour le bénéfice du CICE). Ainsi, en 2019, les entreprises éligibles ont bénéficié à la fois du CICE au titre des rémunérations versées en 2018, et d'une diminution de cotisations maladie d'un montant équivalent au titre des rémunérations versées en 2019. Cette mesure a pesé sur l'évolution des cotisations à hauteur de -12,7 points (cf. tableau 2).

¹ En 2019, les cotisations sociales ont représenté 84% des produits de la branche retraite, et la totalité des produits de la branche AT-MP.

Tableau 1 • Cotisations du régime général par catégorie de cotisants

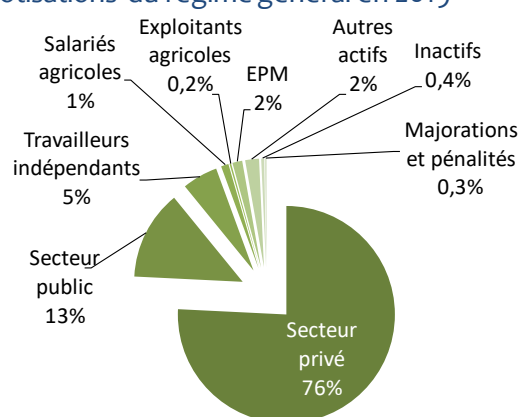
En millions d'euros

	2017 <i>proforma</i>	2018		2019	
	M€	M€	%	M€	%
Secteur privé	168 346	168 516	0,1	155 932	-7,5
Secteur public	26 681	26 771	0,3	27 433	2,5
Travailleurs indépendants	11 106	9 893	-10,9	10 900	10,2
Salariés agricoles	2 672	2 675	0,1	2 299	-14,1
Exploitants agricoles	425	404	-4,9	483	19,7
EPM	3 142	2 994	-4,7	3 010	0,5
Autres actifs*	5 393	4 570	-15,3	4 233	-7,4
Inactifs	933	925	-0,9	910	-1,6
Majorations et pénalités	683	653	-4,5	573	-12,2
Cotisations brutes	219 381	217 400	-0,9	205 772	-5,3

(*) La catégorie « autres actifs » est constituée principalement des actifs des grandes entreprises relevant de régimes spéciaux (les industries électriques et gazières, la SNCF et la RATP) et de petits régimes (des marins et des mineurs), les assurés volontaires, les rachats de cotisations...

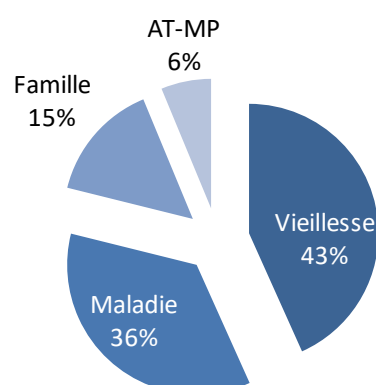
Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 • Répartition par secteur des cotisations du régime général en 2019



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Répartition par branche des cotisations du régime général en 2019



Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Valeurs de point de cotisation des actifs du régime général

Ces valeurs représentent le rendement théorique d'une augmentation 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 millions d'euros

	2019
Secteur privé	5 960
Secteur public	1 420
Travailleurs indépendants	930
Salariés agricoles	160
Exploitants agricoles	80
Employeurs de personnel de maison	110
Autres actifs	120
Total	8 780

Source : DSS/SDEPF/6A

Un renforcement des allègements généraux portant sur des régimes hors sécurité sociale

La réduction générale sur les bas salaires a été élargie de manière à y inclure la quasi-totalité des contributions patronales non exonérées jusqu'alors, diminuant de 4 points le taux de prélèvements au niveau du SMIC. En effet, les cotisations patronales dues au titre de la retraite complémentaire ont été intégrées aux allègements généraux à compter du 1^{er} janvier 2019 (6,01 points) et les cotisations patronales chômage à compter du 1^{er} octobre (4,05 points), pour un coût brut estimé à 6,0 Md€ pour les salariés du secteur privé. Ce renforcement de plus de 10 points au total n'a donc pas porté sur des régimes de sécurité sociale. En sens inverse, la réduction de six points des cotisations patronales maladie jusqu'à 2,5 SMIC a diminué d'autant les allègements généraux, réduisant de 5,1 Md€ leur montant, soit l'équivalent de 3,3 points des cotisations du secteur privé bénéficiant au régime général.

En outre, ce renforcement rendant certains dispositifs d'exonérations ciblées moins avantageux, ces derniers ont été supprimés, venant réduire les montants d'exonérations (+0,5 point de contribution à l'évolution des cotisations). Leurs anciens bénéficiaires se sont vus appliquer les allègements généraux sur les bas salaires, devenus plus favorables. Le coût de ce basculement pour le régime général a été de 0,9 Md€.

Par ailleurs, la LFSS pour 2019 prévoyait d'exonérer les heures supplémentaires de cotisations salariales à partir du 1^{er} septembre (-0,6 Md€). La loi portant mesures d'urgence économiques et sociales a avancé cette mesure au 1^{er} janvier, portant la perte de cotisations salariales à 1,7 Md€ au total.

D'autres effets « exceptionnels » ont joué à la hausse sur les produits de cotisations brutes

Les cotisations comptabilisées en 2019 au titre des exercices antérieurs ont contribué à hauteur de 0,2 point à l'évolution des cotisations. Le produit à recevoir de 2018 avait été sous estimé de 0,2 Md€ tandis que les cotisations reçues au titre des exercices antérieurs à 2017 se sont élevées à 0,2 M€.

Malgré de nouvelles modalités de calcul qui pénalisent moins les cotisants, les taxations d'office ont contribué positivement à l'évolution des cotisations brutes (+0,1 point). Les moindres produits liés aux régularisations de taxations d'office au titre de l'exercice précédent ont en effet été moins importants que dans les comptes 2018. La forte baisse des taxations d'office constatée au titre de l'exercice 2018 en raison de la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN) s'est ainsi répercutée via ces régularisations dans les comptes 2019.

L'évolution des cotisations des autres secteurs est aussi marquée par les mesures nouvelles

Si la majeure partie des cotisations est assise sur les salaires du secteur privé, 24% du rendement des cotisations reposent sur d'autres assiettes (cf. graphique 1). Les cotisations de l'ensemble de ces autres secteurs ont augmenté de 1,9% en 2019. Au sein des sous-assiettes, les évolutions sont contrastées.

Les cotisations du secteur public ont accéléré en 2019

Les employeurs publics versent des cotisations aux quatre branches du régime général pour leurs agents non titulaires, et seulement aux branches maladie et famille pour leurs agents titulaires. Les prélèvements sur les salaires des agents du secteur public (titulaires et non titulaires) constituent 13% des recettes totales de cotisations du régime général (cf. graphique 1).

En 2019, l'évolution de masse salariale du secteur public (+1,5%) a été nettement inférieure à celle des cotisations (+2,5%). L'évolution des cotisations a été soutenue, à hauteur de 0,1 Md€, par la poursuite de la montée en charge du protocole d'accord PPCR : en convertissant une partie des primes des agents publics, exclues de l'assiette des cotisations sociales, en traitement indiciaire, soumis à cotisations, ce protocole a élargi l'assiette des prélèvements sociaux.

De plus, le changement de la forme des contrats aidés en janvier 2018 a conduit à une forte baisse du nombre d'entrées dans le dispositif. Les entreprises qui recrutent dans le cadre du parcours emploi compétences (PEC), qui a remplacé les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), bénéficient d'un taux de prise en charge par l'Etat plus faible que précédemment, associé à des objectifs en accompagnement et formation plus élevés pour le bénéficiaire. Au total, le montant de l'exonération a diminué de 0,1 Md€ en 2019.

Encadré 2 • Les charges liées au non recouvrement (CLNR)

En 2019, les CLNR ont progressé du fait notamment de la hausse des dépréciations relatives aux créances des travailleurs indépendants. Le montant des créances prescrites a en effet augmenté du fait d'une diminution du délai de prescription ainsi que d'une hausse des appels sur des comptes radiés (150 M€). L'écart de dynamique entre les cotisations brutes et les cotisations nettes a été de 0,2 point, plus faible qu'en 2018 (0,4 point), quand les CLNR avaient fortement baissé sur le secteur privé. La généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN), au 1^{er} janvier 2018, a en effet astreint les employeurs de plus de 9 salariés à acquitter leurs cotisations et contributions selon une périodicité mensuelle, et non plus trimestrielle. Cette obligation a donc modifié sensiblement la saisonnalité des cotisations. Pour environ deux tiers des ex-cotisants trimestriels, l'échéance de janvier 2019 a été avancée en novembre et décembre 2018. En conséquence, le calendrier des taxations d'offices s'est trouvé également lissé, ce qui a eu un impact important en fin d'année puisqu'une partie des régularisations de taxations d'office a été avancée avant la fin de l'exercice, diminuant les cotisations brutes de l'exercice 2018. Toutefois, au global, cet effet a été neutre sur les cotisations nettes car la baisse des taxations d'office s'est traduite par une baisse réciproque des charges liées au non recouvrement, précisément sur les provisions pour réduction de produits qui ont estimé les régularisations de taxations d'office intervenant en 2019 au titre de l'exercice 2018.

	En millions d'euros				
	2017 <i>proforma</i>	2018	%	2019	%
Cotisations brutes	219 381	217 400	-0,9	205 772	-5,3
Charges liées au non recouvrement	- 2 212	- 1 376		- 1 682	
<i>dont ANV, annulations et remises</i>	- 1 922	- 1 885		- 2 016	
<i>dont dotations aux provisions</i>	- 1 080	- 620		- 533	
<i>dont reprises sur provisions</i>	791	1 129		867	
Cotisations nettes	217 169	216 024	-0,5	204 089	-5,5

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 3 • 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 2019, le plafond a été porté à 40 524 €, en progression de 2,0%, compte tenu d'une prévision de croissance du SMPT 2018 de 2,0% et d'une régularisation au titre de 2017 nulle, correspondant à l'écart entre l'estimation actuelle du taux de croissance du SMPT (1,7%) et la prévision qui figurait dans le RESF annexé au PLF pour 2017 (1,7%).

En 2020, le plafond a été revalorisé de 1,5%, sur la base d'une progression du SMPT estimée à +1,8% en 2019 dans le RESF, et la d'une régularisation au titre de 2018 de -0,4 point (écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2018 (+1,7%) et de celle qui figurait dans le RESF annexé au PLF pour 2018, soit +2,0%).

Revalorisation du plafond 2019		Revalorisation du plafond 2020	
Taux de croissance du SMPT 2018 (A)	2,0	Taux de croissance du SMPT 2019 (A)	1,8
<u>Correction SMPT 2018 :</u>		<u>Correction SMPT 2019 :</u>	
SMPT 2017 prévu lors de la fixation du plafond 2018	1,7	SMPT 2018 prévu lors de la fixation du plafond 2019	2,0
SMPT 2017	1,7	SMPT 2018	1,7
Correctif plafond (B)	-	Correctif plafond (B)	- 0,3
Evolution du plafond 2019 (A+B)	2,0	Evolution du plafond 2020 (A+B)	1,5

Source : DSS/SDEPF/6A

Les cotisations des travailleurs indépendants en très forte hausse en 2019

Les cotisations des travailleurs indépendants (TI) représentent 5% du rendement total des cotisations du régime général. Spontanément très variables d'une année à l'autre, elles ont connu en 2019 une progression de 10,2%, qui s'explique essentiellement par une hausse du revenu moyen. Si la bonne conjoncture économique de 2018 a joué positivement¹, cette forte hausse pourrait également résulter de la mise en place du prélèvement à la source au 1^{er} janvier 2019, qui aurait incité certains TI à déclarer des revenus supérieurs en 2018, du fait de l'année blanche en matière d'impôt sur le revenu.

De plus, les mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs adoptées en PLFSS pour 2018 ont eu un impact positif sur les revenus nets des TI déclarés en 2018. La baisse du taux de cotisations famille de 2,15 points pour tous les travailleurs indépendants a permis de compenser les effets de la hausse de 1,7 point de CSG², tandis que l'exonération dégressive de cotisations maladie dont bénéficiaient les TI depuis 2012 a été renforcée : le taux de la cotisation due sur les plus bas revenus a été diminué de 3 points, à 1,5%, soit une exonération de 5 points par rapport au taux normal de 6,5%³. Cette mesure a conduit à un gain de pouvoir d'achat pour 75% des travailleurs indépendants, c'est-à-dire ceux dont les revenus sont inférieurs à ce seuil, tandis que ceux dont les revenus sont supérieurs à ce seuil ont bénéficié d'une simple compensation de la hausse de CSG. Enfin, les cotisations appelées sur des comptes radiés ont été augmentées, majorant le produit brut des cotisations de 150 M€. Cet effet est cependant neutre sur le solde car il a été neutralisé par une hausse équivalente des charges liées au non recouvrement (cf. encadré 2).

Les cotisations du secteur agricole en forte baisse en 2019

Les cotisations des salariés agricoles ont diminué de 14,1% en 2019 en raison de la diminution de 6 points du taux des cotisations patronales maladie (-0,9 Md€). Cette baisse a été moins importante qu'attendu en raison de la très bonne tenue de l'assiette salariale (+4,9%) et d'effets de gestion comptable qui ont généré un surplus de recettes de 0,2 Md€ au total. En effet, les produits à recevoir 2018 des branches maladie et famille ont été sous-estimés de 160 M€, générant dans les comptes 2019 un surplus de cotisations au titre de 2018. De plus, le contrecoup du report de cotisations de 2017, lié à des retards de traitement des déclarations de certaines grandes entreprises agricoles lors de la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative, a été atténué à hauteur d'environ 20 M€ par la comptabilisation d'un nouveau report de cotisations de 2017.

Les cotisations des exploitants agricoles ont augmenté de 19,7% en 2019 en raison principalement de la forte progression de l'assiette (+12,3%), sous l'effet d'une bonne conjoncture des marchés agricoles en 2018. De surcroît, comme pour les TI non-agricoles, la mise en place du prélèvement à la source aurait pu inciter certains exploitants à déclarer des revenus supérieurs en 2018 du fait de l'année blanche en matière d'impôt sur le revenu. Enfin, la baisse de 2,15 pt du taux de cotisation famille en 2018 (140 M€) a été légèrement supérieure au gain du relèvement du barème de cotisation maladie (120 M€), contribuant à soutenir la croissance des revenus de 2018.

Les cotisations sur le secteur des particuliers employeurs n'ont que faiblement progressé en 2019

Les cotisations des particuliers employeurs (ou employeurs de personnel de maison, EPM) représentent 1,5% des recettes de cotisations du régime général. Leurs cotisations ont progressé de 0,5% en 2019, un rythme très légèrement supérieur à celui de l'assiette salariale (0,4%), sous l'effet d'exonérations moins dynamiques que l'assiette salariale.

Les cotisations des autres actifs se réduisent également en 2019

La catégorie des autres actifs représente 2% des rendements des cotisations du régime général. Elle est composée en premier lieu par les cotisations acquittées par les grandes entreprises relevant de régimes spéciaux (les industries électriques et gazières, ou IEG, la SNCF et la RATP), et de petits régimes (tels que les régimes des marins ou des mineurs).

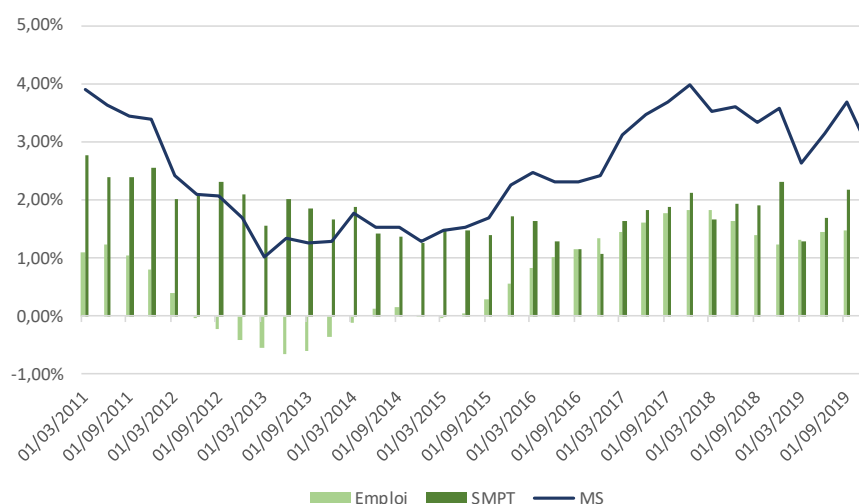
¹ Les cotisations des TI, au titre d'une année N, sont assises sur leurs revenus nets N-1.

² En effet, l'assiette des cotisations sociales étant chez les TI réduite par rapport à l'assiette de la CSG, une baisse de taux de cotisations plus élevée en valeur absolue est nécessaire pour assurer la neutralité sur le revenu net.

³ Cette exonération est dégressive : les cotisations d'assurance maladie restent acquittées dans leur totalité au taux plein à partir de 110% du PASS (soit environ 43 000 € bruts annuels).

En 2019, les cotisations des autres actifs ont diminué de 8%. Cette baisse, plus importante qu'attendu, a résulté, d'une part, des mesures de baisse de cotisation maladie et famille portant sur les régimes spéciaux (-0,4 Md€) et visant à leur compenser la suppression du CICE dont ils bénéficiaient alors qu'ils ne sont pas éligibles aux allègements généraux. De plus, plusieurs grandes entreprises nationales ont bénéficié de ces baisses de taux pour leurs agents titulaires de la fonction publique, pour un coût supplémentaire de 0,2 Md€.

Graphique 4 ● Evolution de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé



Source : ACOSS, Champ : régime général cotisants privés, y compris grandes entreprises nationales

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

	2018	2019
Croissance des cotisations du secteur privé (1)	0,1	-7,5
Croissance de la masse salariale du secteur privé (2)	3,5	3,1
Ecart à expliquer (1)-(2)	-3,4	-10,6
Effet exonérations	0,1	1,6
dont exonérations ciblées	0,0	0,5
dont exonérations non compensées	0,1	-0,8
dont allègements sur les bas salaires	0,0	1,8
Effet plafond	-0,2	0,2
Mesures de la LFSS pour 2018	-2,6	-12,7
Suppression de la cotisation salariale maladie	-2,6	
Baisse du taux de la cotisation patronale maladie		-12,7
Effets comptables et effets de champ	-0,7	0,3
Effet du déport du public vers le privé sur les exercices antérieurs	-0,2	
Effet des taxations d'office	-0,5	0,1
Effet des antériorités	0,0	0,2
Evolution résiduelle	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A. Champ : secteur privé hors EPM et régimes spéciaux d'entreprises

1.3 La CSG

Le rendement de la CSG brute s'est élevé à 126,7 Md€ en 2019 pour l'ensemble de ses attributaires (branches famille et maladie du régime général, FSV, CNSA, Cades et Unédic), en augmentation de 1,1% par rapport à 2018 (cf. tableau 1). Cette faible progression s'explique par le rétablissement d'un taux de CSG à 6,6% pour certaines pensions (création d'un taux intermédiaire), et par la baisse du taux sur les revenus du capital.

La CSG est prélevée principalement sur les revenus d'activité, de remplacement et du capital. En 2019, la CSG activité constitue 71% du rendement total de la CSG, tandis que la CSG remplacement et la CSG capital en représentent respectivement 18% et 11%.

La CSG activité est prélevée à 66% sur la masse salariale du secteur privé, à 18% sur celle du secteur public, à 12% sur les rémunérations des travailleurs indépendants et 4% sur d'autres rémunérations (secteur agricole et autres petits régimes, cf. graphique 2). La CSG remplacement est assise à 91% sur les pensions versées par les régimes d'assurance vieillesse et à 9% sur les prestations d'invalidité, d'assurance chômage et de pré-retraite. Enfin, le rendement de la CSG capital provient à 54% des revenus de placement et à 46% de ceux du patrimoine.

La CSG augmente modérément en 2019 en raison du rétablissement d'un taux intermédiaire à 6,6% sur les pensions et de la baisse du taux sur le capital

En 2019, le rendement de la CSG brute (c'est-à-dire hors charges liées au non recouvrement) s'est établi à 126,7 Md€, en progression de 1,1%. La CSG activité a nettement progressé (+3,4%), tandis que la CSG remplacement et la CSG capital ont fortement diminué, de respectivement 4,6% et 3,9%.

L'augmentation de la **CSG activité** (3,4%) est portée par la hausse de l'ensemble des revenus d'activité, en l'absence de mesures nouvelles. L'évolution de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations contribue le plus à cette hausse (+2,2 point), suivie par l'évolution de l'assiette des travailleurs indépendants (+1,0 point), traduisant une dynamique soutenue de leurs revenus 2018 qui constituent l'assiette de leurs prélèvements 2019. La contribution du secteur public et des autres revenus est marginale (cf. tableau 2).

La baisse de 4,6% du rendement de la **CSG remplacement** s'explique essentiellement par le rétablissement d'un taux de CSG à 6,6% pour les pensions intermédiaires, décidé fin 2018 dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales. Ainsi, à compter de 2019, les personnes dont le revenu fiscal de référence est inférieur à un seuil correspondant à une pension comprise entre 1 200 € et 2 000 € pour une personne seule, bénéficient d'un taux de 6,6% contre 8,3% pour le taux plein, entraînant une perte de recettes de 1,5 Md€. De plus, afin d'atténuer les effets de seuil liés au barème de la CSG, la LFSS 2019 a prévu que seuls les pensionnés au-delà du plancher d'application du taux plein lors de deux années consécutives y soient assujettis, pour un coût estimé de 0,2 Md€. Enfin, la revalorisation des pensions de retraite, limitée à 0,3% en 2019, a aussi eu un effet à la baisse sur les recettes de CSG remplacement.

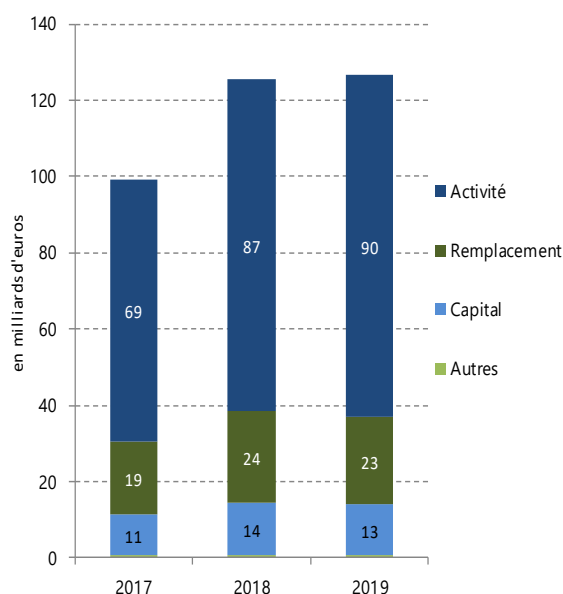
La **CSG capital** a nettement baissé (-3,9%), en raison de la diminution de 0,7 point de son taux pour l'aligner sur celui des revenus d'activité (9,2%) sans modifier le total des prélèvements sociaux de 17,2 % sur les revenus du capital. En l'absence de cette mesure votée en LFSS pour 2019, la CSG capital aurait progressé de 2,3%, traduisant le dynamisme des plus-values immobilières et des contrats d'assurance-vie (cf. fiche 1.5).

En 2019, l'Unédic et la CNSA deviennent affectataires de CSG

En 2019, la CSG affectée à la CNAM a fortement chuté (-23,3%, cf. tableau 6). La CNAM a en effet transféré à l'Unédic 1,47 point de CSG activité (14,6 Md€), afin de lui compenser la suppression des cotisations salariales chômage. Elle a aussi transféré 5,3 Md€ de CSG remplacement au FSV et 2,3 Md€ de CSG activité à la CNSA, pour compenser la rétrocession à l'Etat du prélèvement social sur le capital. Enfin, la CNAM a transféré 0,1 point de CSG activité et remplacement à la CNAF (1,3 Md€), pour compenser partiellement le transfert par celle-ci d'une part de taxe sur les salaires à la CNAV et à l'ACOSS (cf. fiche 1.4).

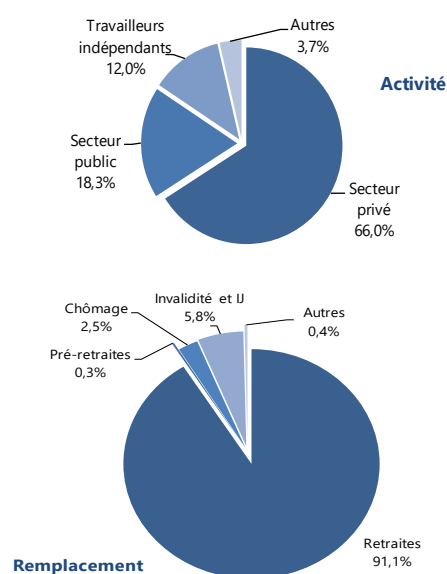
La CSG affectée à la branche famille a progressé de 14,7%, en raison de l'augmentation de 0,1 point de sa quote-part. Le FSV a vu ses produits de CSG croître de 33,4%, reflétant les changements d'affectation de CSG sur les revenus de remplacement évoqués ci-dessus, malgré la baisse de 0,6 point du taux de CSG capital. Enfin, les produits de CSG de la CADES ont augmenté de 4,6%.

Graphique 1 • Répartition de la CSG par assiette, tous affectataires



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Structure de la CSG sur revenus d'activité et de remplacement par assiette (2019)



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 1 • Rendement de la CSG par assiette, tous affectataires

	2017		2018		2019	
		%		%		%
CSG sur les revenus d'activité	68 811	1,8	86 878	26,3	89 805	3,4
CSG sur les revenus de remplacement	19 100	1,4	23 927	25,3	22 836	-4,6
CSG sur les revenus du capital	10 860	4,0	13 887	27,9	13 341	-3,9
CSG sur les revenus du patrimoine	5 044	0,0	6 377	26,4	6 114	-4,1
CSG sur les revenus du placement	5 816	7,7	7 510	29,1	7 228	-3,8
CSG sur les jeux	386	5,7	474	22,9	509	7,3
Majorations et pénalités	236	1,0	235	-0,5	234	-0,5
CSG brute	99 392	2,0	125 402	26,2	126 724	1,1
Consolidation de la CSG prise en charge dans le cadre de la PAJE	- 354	1,5	- 430	21,4	- 387	-10,0
CSG brute consolidée des prises en charge	99 038	2,0	124 972	26,2	126 337	1,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Décomposition de l'évolution de la CSG sur revenus d'activité par assiette

	2018		2019	
		%		%
CSG sur revenus d'activité totale	86 878	26,3	89 805	3,4
Hausse de 1,7 point du taux	16 054	23,3		
Evolution de l'assiette	2 014	2,9	2 926	3,4
Secteur privé	57 333	25,8	59 251	3,3
Hausse de 1,7 point du taux	10 594	23,2		
Evolution de l'assiette	1 164	2,6	1 918	3,3
Contribution du secteur privé	11 759	17,1	1 918	2,2
Secteur public	16 445	26,0	16 455	0,1
Hausse de 1,7 point du taux	3 039	23,3		
Evolution de l'assiette	353	2,7	10	0,1
Contribution du secteur public	3 392	4,9	10	0,0
Travailleurs indépendants (Art./Com. PAM)	9 956	26,8	10 801	8,5
Hausse de 1,7 point du taux	1 840	23,4		
Evolution de l'assiette	265	3,4	846	8,5
Contribution des travailleurs indépendants	2 105	3,1	846	1,0
Autres (agricoles, autres secteurs)	3 144	34,8	3 297	4,8
Hausse de 1,7 point du taux	581	24,9		
Evolution de l'assiette	231	9,9	152	4,8
Contribution des autres secteurs	812	1,2	152	0,2

Source : DSS/SDEPF/6A

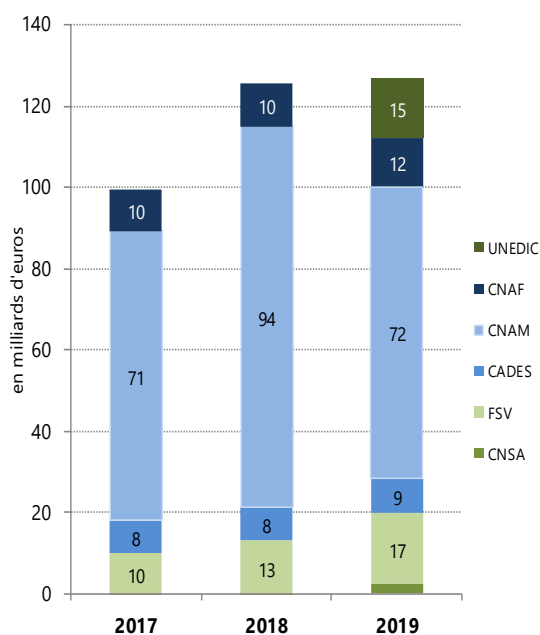
Note de lecture: en 2018, la CSG sur revenu d'activité a progressé de 26,3%. Cette évolution est expliquée pour 23,3 points par la hausse du taux de CSG et pour 2,9 points par l'évolution de l'assiette de l'ensemble des revenus d'activité. Les assiettes qui ont contribué à cette hausse sont les revenus du secteur privé (17,1 points), du secteur public (4,9 points) des TI (3,1 points) et des autres secteurs (1,2 point). La CSG assise sur les revenus du secteur privé a progressé de 25,8%. Cette hausse est expliquée pour 23,2 points par la hausse de 1,7 point et pour 2,6 points par l'évolution de l'assiette des revenus du secteur privé.

Tableau 3 • Décomposition de l'évolution de la CSG sur revenus de remplacement par assiette

	2018		2019	
		%		%
CSG sur revenus de remplacement totale	23 927	25,3	22 836	-4,6
Mesure de lissage			-240	-1,0
Hausse de 1,7 point du taux	4 335	22,7		
Création d'un taux intermédiaire à 6,6%			-1 495	-6,2
Evolution de l'assiette	492	2,6	644	2,7
Retraites	22 001	27,7	20 799	-5,5
Mesure de lissage			-240	-1,1
Hausse de 1,7 point du taux plein	4 241	24,6		
Création d'un taux intermédiaire à 6,6%			-1 462	-6,6
Evolution de l'assiette	528	3,1	501	2,3
Taux plein / taux intermédiaire	20 706	29,5	19 260	-7,0
Taux réduit	1 295	3,7	1 539	18,9
Contribution des pensions de retraite	4 769	25,0	-1 201	-5,0
Pré-retraites	146	-5,4	60	-59,3
Hausse de 1,7 point du taux	30	19,4		
Evolution de l'assiette	-38	-24,7	-87	-59,3
Contribution des pensions de pré-retraite	-8	0,0	-87	-0,4
Chômage	560	-5,7	577	3,1
Contribution des prestations d'assurance chômage	-34	-0,2	17	0,1
Invalidité	298	23,4	414	38,7
Hausse de 1,7 point du taux	51	21,2		
Création d'un taux intermédiaire à 6,6%			-33	-11,1
Evolution de l'assiette	4,2	2,2	149	49,8
Taux plein / taux intermédiaire	250	31,2	367	46,6
Taux réduit	48	-5,8	46	-2,9
Contribution des prestations d'invalidité	57	0,3	115	0,5
Indemnités journalières	859	4,5	901	4,9
Contribution des prestations d'indemnités journalières	37	0,2	42	0,2
Autres	63	12,0	85	35,7
Hausse de 1,7 point du taux	13	22,9		
Evolution de l'assiette	-6	-10,9	22,4	35,7
Contribution des autres prestations	7	0,0	22,4	0,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 4 • Répartition de la CSG par affectataires, toutes assiettes



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 5 • Taux de CSG par risque et par assiette (en %)

	Taux en %		
	2016 - 2017	2018	2019
Maladie			
Sur les revenus d'activité	6,05	7,75	5,95
Sur les allocations chômage et les IJ	4,75	4,75	4,65
Sur les retraites et l'invalidité (taux plein)	5,15	6,85	4,77
Sur les jeux (Française des jeux)	5,75	6,45	7,35
Famille			
Sur les revenus d'activité, de retraite (taux plein) et des jeux	0,85	0,95	0,95
FSV			
Sur les retraites et l'invalidité (taux plein, intermédiaire)	0,00	0,00	1,98
Sur les revenus du capital	7,60	9,30	8,60
CNSA			
Sur les revenus d'activité	0,00	0,00	0,23
UNEDIC			
Sur les revenus d'activité	0,00	0,00	1,47
CADES			
Sur tous les revenus sauf les jeux (française des jeux)	0,60	0,60	0,60
Sur les jeux (Française des jeux)	0,30	0,30	0,30
Total			
Sur revenus d'activité	7,50	9,30	9,20
Sur revenus de retraites et d'invalidité (taux plein)	6,60	8,40	8,30
Sur les allocations chômage et les IJ	6,20	6,30	6,20
Sur revenus du capital	8,20	9,90	9,20
Sur les revenus des jeux (Française des jeux)	6,90	7,70	8,60

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 6 • Rendement de la CSG par attributaire *

	2017		2018		2019	
		%		%		%
Branche maladie	71 152	1,3	93 593	31,5	71 795	-23,3
Branche famille	10 212	2,6	10 479	2,6	12 014	14,7
Régimes de base	81 364	1,5	104 071	27,9	83 809	-19,5
FSV	10 059	6,0	13 048	29,7	17 402	33,4
Régimes de base et FSV	91 423	2,0	117 119	28,1	101 212	-13,6
CNSA	-1		-1		2 280	
CADES	7 970	2,4	8 284	3,9	8 667	4,6
UNEDIC	0		0		14 566	
Tous régimes brut	99 392	2,0	125 402	26,2	126 724	1,1
Reprises nettes des provisions et ANV	-201		-314		-102	
Tous régimes net	99 191	1,9	125 088	26,1	126 622	1,2

Source : DSS/SDEPF/6A

* 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).

Tableau 7 • Valeur de point de la CSG par assiette

	en millions d'euros		
	2017	2018	2019
Activité	9 200	9 470	9 760
Remplacement	3 070	3 130	3 210
Capital	1 330	1 400	1 450
Patrimoine	620	640	660
Placement	710	760	790
Jeux	60	60	60
CSG totale	13 660	14 060	14 480

Source : DSS/SDEPF/6A

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

1.4 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, etc.). Ces recettes se sont élevées au total à 94 Md€ nets en 2019, en très forte augmentation (+55,6%, cf. tableau 1). Cette fiche présente dans une première partie le rendement global de ces produits sur la période 2017-2019 pour l'ensemble des régimes de base, le FSV, la CNSA et le Fonds CSS. Dans une seconde partie, elle détaille les modifications d'affectation de ces recettes opérées par les lois financières récentes. L'encadré 1 présente les principales contributions et taxes finançant la sécurité sociale.

Une très forte augmentation des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale en 2019 en compensation de la transformation du CICE en allègements de cotisations

Les produits nets de recettes fiscales et de contributions se sont élevés à 94 Md€ en 2019, en hausse de 55,6% par rapport à 2018, en raison de la forte hausse de la fraction de TVA affectée à la CNAM (cf. fiche 1.1).

Près d'un quart du rendement de la TVA est désormais affecté à la sécurité sociale

Les lois financières pour 2019 ont modifié en profondeur l'affectation de plusieurs recettes fiscales. Ces changements expliquent l'essentiel de la dynamique des impôts et taxes en 2019 (52,3 points de la croissance de 55,6%, cf. tableau 1).

La forte hausse des recettes fiscales provient de l'augmentation de la fraction de TVA affectée à la CNAM. Celle-ci est passée de 0,34% en 2018 à 23,13% en 2019, soit 40,4 Md€ de plus (66,9 points d'évolution), faisant passer la part de la TVA dans le produit net des recettes fiscales et contributions de 1% à 43%.

A l'inverse, dans le cadre d'une mise en conformité avec une récente jurisprudence communautaire, la sécurité sociale rétrocède à l'Etat 7,9 Md€ de prélèvement social sur le capital (-13,0 points d'évolution). De plus, le régime général a transféré une fraction de taxe sur les salaires (1,4 Md€) à l'Acoss, afin qu'elle compense à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco leurs pertes de cotisations patronales découlant du renforcement des allègements généraux.

L'impact des mesures nouvelles, hors changements d'affectations, est limité

Les autres mesures ont entraîné un gain net de 0,5 Md€ pour le régime général et le FSV, soit +0,9 point de contribution à l'évolution globale (cf. tableau 1).

La disparition du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires a augmenté les recettes de cette taxe d'un montant équivalent (0,5 Md€). Les produits des droits tabacs ont bénéficié de la poursuite de la hausse des prix instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (+0,3 Md€, cf. encadré 2). Les évolutions du régime fiscal des attributions gratuites d'action ont généré un rendement de 0,16 Md€. La convention médicale de 2016 a augmenté de 70 M€ la contribution versée par les organismes complémentaires d'assurance maladie (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) au titre de leur participation au financement du forfait patientèle des médecins traitants. Enfin, une modification de la taxation des boissons sucrées a rapporté 30 M€ à la branche maladie des exploitants agricoles.

A l'inverse, la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (PACTE) supprime le forfait social sur les sommes versées au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés et au titre de l'ensemble de l'épargne salariale pour les entreprises de moins de 50 salariés, entraînant une perte de 0,5 Md€ pour la sécurité sociale en 2019. De plus, la suppression de la taxe sur les farines qui était affectée au régime complémentaire des agriculteurs a été compensée par une part plus importante de taxe sur les alcools au détriment de la branche maladie de ce régime, et généré par conséquent une baisse de recette pour la PUMA de 90 M€.

Encadré 1 • Présentation des principales contributions et taxes affectées à la sécurité sociale

- Les **prélèvements sociaux sur les revenus du capital** (hors CSG) regroupent le prélèvement social et sa contribution additionnelle jusqu'en 2018, le prélèvement de solidarité jusqu'en 2017, la CRDS et le prélèvement au fil de l'eau des contributions sur les contrats multi-supports d'assurance vie, ou préciput. 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 débitants de tabac. Elles incluent également la taxe sur les fournisseurs de tabac en 2017 et 2018.
- 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 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 CSS, a été fusionnée 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 versées aux complémentaires santé. 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 **fraction de TVA** nette affectée à la sécurité sociale a varié ces dernières années pour compenser les pertes de recettes occasionnées par la mise en œuvre des phases successives du pacte de responsabilité (cf. fiche 3.1 du rapport CCSS de juin 2018) ou des mesures des lois de finances et de financement de la sécurité sociale. La fraction qui revient à la CNAM est modifiée chaque année depuis 2015. En 2019, elle atteint 41 Md€ en raison de la compensation à la sécurité sociale de la transformation du CICE en allègements de cotisations.

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

en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%
Contributions sociales et recettes fiscales brutes (hors CSG)	72 354	1,5	61 001	-15,7	94 641	55,1
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR)	-173		-269		-432	
Frais de dégrèvements et de non valeur	-324		-335		-225	
Contributions sociales et recettes fiscales nettes (hors CSG)	71 858	1,5	60 397	-15,9	93 983	55,6
Mesures nouvelles	810	1,1	-404	-0,6	546	0,9
Crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)	-467	-0,7	-200	-0,3	510	0,8
Mesures relatives aux droits tabacs	300	0,4	860	1,2	339	0,6
Modification du fait générateur de la TVS	160	0,2	-160	-0,2		
Suppression de la quatrième tranche de la taxe sur les salaires			-168	-0,2		
Verdissement du barème de la TVS			110	0,2		
Modification taxes boissons sucrées			42	0,1	30	0,0
Mesures relatives aux attributions gratuites d'actions (AGA)	100	0,1	13	0,0	157	0,3
Mesures relatives au forfait social (loi PACTE) et contributions sur les PERCO					-469	-0,8
Mesures relatives aux prélèvements sur revenus de placement	-157	-0,2	-145	-0,2		
Affectation des réserves de la section 3 du FSV	875	1,2	-836	-1,2		
Suppression des taxes farines					-92	-0,2
Forfait médecin traitant			80	0,1	70	0,1
Modification d'affectation	-1 755	-2,5	-12 990	-18,1	31 164	51,6
Affectation de la part Etat de la TVS	150	0,2				
Ajustement de la TVA nette affectée à la sécurité sociale	-1 905	-2,7	-10 199	-14,2	40 420	66,9
Rétrocession à l'Etat des prélèvements sociaux sur le capital			-2 644	-3,7	-7 852	-13,0
Mise en place de FAR sur de nouvelles recettes fiscales			-147	-0,2		
Affectation d'une fraction de taxe sur les salaires à l'Acos					-1 403	-2,3
Evolution résiduelle		2,8		2,7		3,1

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.

Une évolution spontanée des assiettes légèrement plus dynamique que les années précédentes

Après 2,7 points en 2018, l'évolution spontanée des assiettes des contributions et taxes a participé à hauteur de 3,1 points à l'amélioration de leur rendement en 2019.

Plusieurs assiettes sont dynamiques, comme celles de la contribution sociale de solidarité des sociétés (+3,6%), de la TSCA (2,1%) et de la contribution tarifaire d'acheminement affectée à la CNIEG (+4,5%).

D'autres assiettes ont progressé plus modérément, comme la taxe sur les salaires (+0,3%), les taxes sur les alcools (+0,5%) et le forfait social (+0,1%).

Enfin, certaines assiettes ont diminué telles que celles des taxes sur le tabac (-0,6%), des taxes sur les médicaments (-3,8%) et des contributions sur les avantages de retraite et de préretraite (-4,2%).

La répartition des recettes fiscales au sein du régime général et du FSV est largement modifiée en 2019

La mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs en 2018, puis la transformation du CICE en allègements pérennes de cotisations en 2019 et leur compensation à la sécurité sociale dans son ensemble, ainsi qu'entre branches, ont conduit à d'importants transferts de recettes entre affectataires.

Des changements d'affectations en 2019 pour compenser la baisse de cotisations et de nouveaux transferts de recettes vers l'Etat

La **branche maladie** a vu ses recettes fiscales multipliées par trois pour compenser les effets de la transformation du CICE en allègements de cotisations, *via* un transfert de 40,4 Md€ de TVA supplémentaire. De plus, les droits de consommation du tabac ont continué de bénéficier des mesures d'augmentation des prix du tabac (+2,5%, cf. encadré 2). Les droits de licence des débitants de tabacs ainsi que la contribution des organismes complémentaires (*voir ci-dessus*) ont été dynamiques. En revanche, la taxe sur les salaires affectée à la CNAM baisse de 18,6%, au profit notamment de l'Acosse pour lui permettre de compenser à l'Unédic les pertes liées au renforcement des allègements généraux. De même, les taxes sur les alcools, sur les médicaments et la TSCA ont baissé.

La progression de 4,8% des recettes de la **CNAV** s'explique essentiellement par la hausse de sa fraction de taxe sur les salaires (45,0% après 38,5%) afin de lui compenser l'effet en année pleine de l'exonération sur les heures supplémentaires. La contribution sociale de solidarité des sociétés a aussi été dynamique (+3,3%) malgré un ralentissement (+5,4% en 2018). En sens inverse, le produit du forfait social a baissé (-8,1%), en raison des mesures d'exonération votées dans la loi PACTE (-0,5 Md€), tout comme les contributions sur les avantages retraites et de préretraites, qui ont diminué de 6,7%.

A l'opposé des deux précédentes branches, la **branche famille** a perçu moins de contribution et taxes en 2019 qu'en 2018 (-16,5%), essentiellement à cause de sa quote-part de taxe sur les salaires qui a été ramenée de 48,9% à 35,2%. Cette baisse est toutefois atténuée par l'augmentation d'autres taxes comme les prélèvements sur les stocks options et les attributions d'actions gratuites qui ont bénéficié d'une mesure rapportant près de 0,2 Md€ ainsi que les contributions sur les jeux et paris (+8,8%), la taxe sur les véhicules de société (+2,2%) et la TSA (+0,7%).

Quant au **FSV**, il n'a perçu en 2019 que des reliquats de taxes dont il était attributaire au cours des années précédentes. Après la suppression de l'affectation du prélèvement de solidarité sur le capital en 2018, c'est le prélèvement social sur le capital qui a été à son tour rétrocédé à l'Etat en LFSS pour 2019.

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

en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%
Contribution sociales et recettes fiscales brutes - Tous affectataires (hors AcoSS)	72 354	1,5	61 001	-15,7	94 641	55,1
Taxe sur les salaires *	13 531	0,1	13 195	-2,5	12 711	-3,7
TVA nette	10 327	-11,7	579	--	41 023	++
Taxes tabacs	11 868	2,8	12 822	8,0	13 078	2,0
Prélèvement social et de solidarité sur le capital	8 559	6,0	6 334	-26,0	16	--
Forfait social	5 496	4,8	5 715	4,0	5 252	-8,1
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	4 510	1,0	4 573	1,4	4 625	1,1
Contribution sociale de solidarité des sociétés (yc additionnelle et supplémentaire)	3 562	0,3	3 762	5,6	3 896	3,6
Contribution solidarité autonomie (CSA) sur les revenus d'activité	1 976	3,0	2 029	2,7	2 048	0,9
Contribution tarifaire d'acheminement	1 435	-0,1	1 529	6,6	1 598	4,5
Taxe de solidarité additionnelle (TSA)	4 810	1,6	5 028	4,5	5 134	2,1
Taxes médicaments	984	-3,9	979	-0,4	942	-3,8
TSCA automobile	1 010	-1,0	1 020	0,9	1 030	1,0
Contribution add. de solidarité autonomie (CASA) sur les revenus de remplacement	744	0,3	772	3,8	762	-1,3
Taxe sur les véhicules de société (ART 1010 CGI)	798	47,2	751	-5,9	767	2,2
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	397	-6,5	343	-13,5	329	-4,2
Contribution add. au prélèvement social (CAPS) sur les revenus du capital	394	5,6	427	8,3	6	--
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	294	37,9	287	-2,4	568	++
Contribution sur les jeux et paris	241	3,8	271	12,6	295	8,8
Taxes sur les produits alimentaires	200	2,9	191	-4,2	132	-31,1
Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants	146	-1,2	231	++	300	30,2
Droits de plaidoirie	86	9,0	87	1,0	95	9,5
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	27	-10,5	23	-12,5	18	-24,6
Autres contributions, impôts et taxes (en 2017 réserves de la section III du FSV)	958	++	51	--	15	--

Source : DSS/SDEPF/6A

* En 2017 et 2018, le rendement de la taxe sur les salaires est net de la provision pour réduction de produits comptabilisée au titre du CITS.

Encadré 2 • Les taxes sur le tabac

L'année 2019 a été marquée par la poursuite de la trajectoire de hausse de la fiscalité sur les tabacs, adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, visant à ce que le prix moyen d'un paquet de cigarettes atteigne 10 euros environ au 1^{er} novembre 2020.

Les données de mise à la consommation disponibles en 2019 confirment les principaux effets attendus de la hausse de fiscalité votée en LFSS pour 2018 en termes de prix, de volumes et de recettes.

La hausse de fiscalité a bien été répercutée par les fabricants sur le prix de la majorité des produits de tabac. Le prix moyen du paquet de cigarettes s'est établi en 2019 au niveau du prix cible prévu initialement, soit 9,10 € depuis novembre 2019. Pour les autres produits du tabac, et notamment le tabac à rouler, le prix moyen est à un niveau légèrement inférieur à celui anticipé (de l'ordre de 20 centimes pour la blague de tabac).

Concernant les volumes mis à la consommation, la mesure a globalement produit les principaux effets attendus pour les cigarettes même si l'on reste, comme en 2018, en dessous des baisses de volumes attendues lors de l'élaboration de la mesure LFSS pour 2018. En 2019, et suite aux deux nouvelles hausses de fiscalité intervenues en mars et novembre 2019, la tendance observée en 2018 se confirme puisque les volumes de vente baissent de 7,5 % entre mars et décembre 2019 (par rapport à la même période en 2018). En revanche, l'amplitude de la baisse des volumes observée pour les autres produits du tabac, et notamment le tabac à rouler, est en deçà de l'objectif de santé publique affiché de la mesure, ce qui résulte vraisemblablement d'un déport de consommation de la cigarette vers ces catégories globalement meilleur marché.

L'élasticité de la consommation de tabac à son prix, observée à l'issue des deux hausses de 2019, atteint -0,78 pour les cigarettes, soit un niveau intermédiaire entre l'élasticité retenue initialement dans l'étude d'impact de la mesure (-0,8) et celle révisée début 2019 pour prendre en compte les premières remontées (-0,75). En conséquence, le produit des droits de consommation sur les tabacs a progressé de +0,3 Md€ par rapport à 2018, pour atteindre 12,6 Md€ en 2019. En revanche, l'élasticité constatée pour le tabac à rouler, les cigares et les cigarillos est plus faible qu'attendue, comme l'année précédente. Les effets sur les rendements restent modérés dans la mesure où ces produits pèsent moins dans le total des droits de consommation.

Pour l'année 2020, deux hausses de fiscalité interviennent en mars et novembre, toujours en application de la LFSS pour 2018. Il est à noter que la loi de finances pour 2020 a prévu un léger rehaussement des niveaux d'accises afin de compenser la suppression de la taxe sur les fournisseurs agréés de tabacs, qui devrait conduire à une augmentation du prix du paquet de cigarettes d'environ 20 centimes par rapport aux prix initialement ciblés. Les effets sur les volumes de ces nouvelles hausses sont beaucoup plus incertains que celles de 2018 et 2019. Le niveau élevé du prix et les impacts de la crise sanitaire du Covid-19 font peser un aléa important sur le gain attendu en 2020, estimé à +0,4 Md€ lors de l'élaboration de la mesure LFSS pour 2018.

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

en millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%
Branche maladie						
Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants	146	-1,2	231	++	300	30,2
Autres impôts et taxes	-17	++	-27	--	-4	++
Contributions sociales (hors CSG) - Branche maladie	129	15,0	204	++	297	45,4
Taxes sur les produits alimentaires	-21	--	0	++	0	-
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	1 598	-4,1	1 643	2,8	1 595	-2,9
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	11 394	28,1	12 324	8,2	12 632	2,5
Taxe fournisseur tabac	115	-	103	-10,6	-4	--
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs (ART 568 CGI)	330	0,8	345	4,7	394	14,1
TSCA automobile	0	-	-5	-	-13	--
TVA nette	10 327	-11,7	579	--	41 023	++
Taxes médicaments	984	-3,9	979	-0,4	942	-3,8
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA, art. 1001 du CGI)	2 225	++	2 493	12,0	2 362	-5,2
Taxe sur les salaires *	3 082	32,6	1 637	-46,9	1 332	-18,6
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	-9	--	-9	1,0	-4	++
Autres impôts et taxes	903	++	28	--	29	2,2
Recettes fiscales - Branche maladie	30 927	4,8	20 118	-35,0	60 288	++
Total branche maladie	31 056	4,8	20 322	-34,6	60 585	++
CNAV						
Forfait social	5 495	4,8	5 715	4,0	5 253	-8,1
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	407	++	355	-12,7	331	-6,7
Prélèvement social sur les revenus des placements	-5	++	-2	47,1	-1	++
Sommes en déshérence (Art. L. 135-3 10° bis et ter du CSS)	9	-	14	47,5	12	-9,8
Contributions sociales (hors CSG) - CNAV	5 907	9,1	6 082	3,0	5 596	-8,0
Taxe sur les salaires *	5 207	-36,9	5 111	-1,8	6 194	21,2
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	3 584	++	3 779	5,4	3 902	3,3
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	0	-	23	-	18	-24,6
Recettes fiscales CNAV	8 790	-9,8	8 913	1,4	10 113	13,5
Total CNAV	14 697	-3,1	14 995	2,0	15 709	4,8
Branche famille						
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	301	46,5	309	2,7	570	++
Contribution sur les jeux et paris	241	3,8	271	12,6	295	8,8
Contributions sociales (hors CSG) - Branche famille	541	25,3	579	6,9	865	49,4
TSCA automobile	1 010	-0,9	1 025	1,5	1 033	0,7
Taxe sur les véhicules de société (ART 1010 CGI)	798	47,2	751	-5,9	767	2,2
Taxe sur les salaires *	5 242	++	6 534	24,7	4 782	-26,8
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA, art. 1001 du CGI)	0	--	0	-	-24	-
Recettes fiscales - Branche famille	7 051	9,3	8 310	17,9	6 558	-21,1
Total branche famille	7 592	10,3	8 889	17,1	7 422	-16,5
Total contributions sociales et recettes fiscales - Régime général	53 345	3,1	44 206	-17,1	83 716	++
FSV						
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	-10	--	-12	-22,1	-2	++
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	1 896	-4,1	2 025	6,8	12	--
Prélèvement social sur les revenus des placements	2 221	-0,2	2 370	6,7	4	--
Prélèvement solidarité sur les revenus du patrimoine	1 215	2,9	3	--	-3	--
Prélèvement solidarité sur les revenus des placements	1 424	7,2	0	--	-1	--
Sommes en déshérence (Art. L. 135-3 10° bis et ter du CSS)	38	++	1	--	0	--
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés au FSV	6 788	-2,5	4 388	-35,3	9	--
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	27	-10,5	0	--	0	-
Autres impôts et taxes	-13	-19,3	-8	35,8	-2	++
Recettes fiscales du FSV	13	--	-8	--	-2	++
Total FSV	6 801	-7,1	4 380	-35,6	7	--
Total contributions sociales et recettes fiscales - Régime général et FSV	60 146	1,9	48 586	-19,2	83 723	++

Source : DSS/SDEPF/6A.

* Le rendement de la taxe sur les salaires est net de la provision pour réduction de produits comptabilisée au titre du CITS (315 M€ en 2017 et 403 M€ en 2018).

Note : les montants présentés ici diffèrent de ceux présentés en tableaux 1 et 2 car ils portent uniquement sur le champ du régime général et du FSV et excluent donc les autres régimes de base, la CNSA et le Fonds CSS notamment.

1.5 Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital

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

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, recouvrés 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, depuis 2013, en même temps que l'impôt sur le revenu. Compte tenu de ce processus de recouvrement, l'assiette de ces prélèvements, principalement composée des revenus fonciers et des plus-values sur valeurs mobilières, est déterminée avec un décalage d'un an par rapport à la réalisation des revenus taxés. Toutefois, avec la mise en place du prélèvement à la source, les prélèvements assis sur les revenus fonciers sont désormais acquittés l'année de leur perception par le redevable *via* le versement des acomptes contemporains.

En 2019, les recettes de ces prélèvements ont progressé de 6,4 %. Toutefois, le produit net des prélèvements sociaux sur les revenus du capital inscrit dans les comptes de la sécurité sociale s'est élevé à 13,8 Md€, soit une baisse de 34,1 % due à la modification de la clé d'affectation de ces prélèvements entre l'État et la sécurité sociale (tableau 1).

En 2019, une croissance soutenue des prélèvements sociaux, une réduction des recettes affectées à la sécurité sociale

Le produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital retracé dans les comptes de la sécurité sociale diminue de 34,1 % par rapport à 2018, pour s'établir à 13,8 Md€. Depuis le 1^{er} janvier 2019, la fraction des recettes affectées aux organismes de sécurité sociale a été réduite, passant ainsi de 15,2 points à 9,7 points (cf. tableau 1 et encadré 2). Elle est désormais exclusivement affectée au FSV et à la CADES.

Spontanément, le rendement des prélèvements assis sur les revenus du patrimoine a augmenté de 6,3 %, notamment sous l'effet de l'expansion de l'assiette relative aux revenus fonciers (estimée à 9,1 %). Outre les mesures de transfert à l'État d'une fraction des prélèvements sociaux, des mesures nouvelles ont joué négativement sur le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine : en particulier, l'exonération de CSG et de CRDS depuis janvier 2019 au profit des personnes affiliées dans un autre État membre de l'espace européen (cf. encadré 2) a diminué les recettes de ces prélèvements à hauteur de 0,2 Md€. Par ailleurs, l'extinction du service de traitement des déclarations rectificatives (STDR) ainsi que la poursuite du contrecoup de l'assujettissement au fil de l'eau des produits acquis sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie pèseraient encore sur les recettes à hauteur de 0,3 Md€. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments et de la nouvelle clé d'affectation mentionnée ci-dessus, le rendement des prélèvements assis sur les revenus du patrimoine inscrit dans les comptes de la sécurité sociale est inférieur à celui constatée en 2018 (6 471 M€ en 2019 contre 9 830 M€ en 2018).

De la même manière, le produit des prélèvements assis sur les produits de placement est spontanément dynamique et progresse de 6,5 %. Le dynamisme du marché de l'immobilier, dont le volume des ventes augmente régulièrement depuis 2015, participe de cette progression. En 2019, le volume des ventes dans l'ancien a ainsi augmenté de 11 % par rapport à l'année précédente, tandis que les prix augmentaient de 3,7 %. Les prélèvements sur les plus-values immobilières progressent en conséquence de 10,5 % par rapport à 2018. Pour mémoire, la progression était de 5 % en 2018 et de plus de 20 % en 2017. De même, le dynamisme spontané des prélèvements assis sur les dividendes (+7,4 %) s'explique en partie par l'instauration du prélèvement forfaitaire unique (PFU) en 2018 qui conduit à rendre plus attractif le versement de tels revenus. En dépit de cette forte progression, le rendement des prélèvements assis sur les produits de placement est néanmoins inférieur à celui constaté l'année précédente (7 622 M€ en 2019 contre 11 532 M€ en 2018 ; voir *infra* tableau 3) en raison de la nouvelle clé d'affectation des prélèvements sociaux.

Encadré 2 • Principales modifications législatives et réglementaires affectant le produit des prélèvements sur les revenus du capital en 2019

Mesures adoptées en 2018 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Diminution du taux de prélèvements sociaux affectés dans le champ de la sécurité sociale

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital affectés aux organismes de sécurité sociale est réduit de 15,2 % à 9,7 %. Cette évolution résulte (i) de la diminution de 0,7 point du taux de CSG assise sur les revenus du capital et (ii) du transfert du prélèvement social de 4,5 % ainsi que de contribution additionnelle à 0,3 % au budget général de l'Etat qui viennent donc s'ajouter au 2 % du prélèvement de solidarité, déjà affecté au budget général depuis le 1^{er} janvier 2018 (cf. *infra*), et se montant désormais à un total de 7,5 %. Cette mesure n'a pas d'impact sur le rendement global des prélèvements sociaux, dont le taux global demeure fixé à 17,2 %. En revanche, elle représente une perte de recettes de 7,2 Md€ pour les organismes de sécurité sociale en 2019.

Exonération de CSG et de CRDS assises sur les revenus du capital au profit des personnes affiliées dans l'espace européen

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a par ailleurs introduit une exonération de CSG et de CRDS assise sur les revenus du capital au profit des personnes qui ne sont pas affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale en France mais qui relèvent d'un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de Suisse. Cette exonération, qui résulte de l'affectation de ces contributions au régime français de sécurité sociale, s'inscrit dans le prolongement de la décision de la Cour de justice de l'Union européenne dite « De Ruyter » du 26 février 2015 et vise à éviter qu'une personne affiliée au sein de l'espace européen doive cotiser à plusieurs régimes européens de sécurité sociale distincts. L'exonération engendre une perte pérenne de recettes évaluée à -0,2 Md€ en 2019.

Mesures instituées antérieurement à 2019 ayant un impact en 2019

Mise en place du prélèvement à la source

L'entrée en vigueur du prélèvement à la source à compter du 1^{er} janvier 2019 engendrerait une perte ponctuelle de produit des prélèvements sociaux assis sur les revenus du patrimoine recouvrés concomitamment à l'impôt sur le revenu soit, jusqu'à présent, l'année suivant la perception des revenus par le redevable. Cette moindre recette, qui résulte des modalités de calcul du taux de prélèvement à la source, est estimée à 0,1 Md€ en 2019.

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 contrecoup annuel est prévu jusqu'en 2020, à hauteur d'environ -0,1 Md€.

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 rétrospectivement 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 de prélèvements sociaux, tous affectataires confondus, estimée à 40 M€ par an de 2011 à 2020, avec un contrecoup en 2021 de -0,4 Md€ lorsqu'il n'y aura plus de contrat à taxer au bout de dix ans.

Tableau 1 • Évolution des clés de répartition du produit des prélèvements sociaux sur le capital

	2016	2017	2018	2019
CSG	8,20%	8,20%	9,90%	9,20%
FSV	7,60%	7,60%	9,30%	8,60%
CADES	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%
Prélèvement social	4,50%	4,50%	4,50%	
FSV	3,35%	3,12%	3,12%	
CNSA	1,15%	1,38%	1,38%	
Prélèvement de solidarité	2,00%	2,00%	2,00%	7,50%
FSV	2,00%	2,00%		
État			2,00%	7,50%
Prélèvement social additionnel	0,30%	0,30%	0,30%	
CNSA	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 ASSO	15,5%	15,5%	15,2%	9,7%

Source : DSS/SDFSS/5B

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 %				
	2015	2016	2017	2018	2019
EVOLUTION SPONTANEE	-0,8	2,2	6,7	7,1	6,4
dont produits de patrimoine	1,9	7,5	3,9	5,8	6,3
dont produits de placement	-2,9	-2,0	9,3	8,3	6,5
EFFETS DES MESURES NOUVELLES	2,4	-1,7	-1,9	-2,9	-40,4
dont produits de patrimoine*	3,8	0,9	-2,3	-2,2	-40,5
dont produits de placement	1,3	-3,7	-1,5	-3,4	-40,4
EVOLUTION GLOBALE	1,5	0,5	4,8	4,3	-34,0
dont produits de patrimoine	5,8	8,3	1,6	3,6	-34,2
dont produits de placement	-1,6	-5,7	7,8	4,9	-33,9

(*) Dont STDR

Source : DSS/SDFSS/5B

Tableau 3 • Évolution des prélèvements sociaux sur les revenus du capital par attributaire depuis 2017

		En millions d'euros											
		2017		%		2018		%		2019		%	
Prélèvements sur les revenus du patrimoine	Taux de prélèvement	15,5%				15,2%				9,7%			
	CSG	5 044	0,0%	6 377	26,4%	6 114	-4,1%						
	FSV	4 675	1,2%	5 991	28,1%	5 715	-4,6%						
	CADES	369	-0,9%	387	4,8%	399	3,1%						
	Prélèvement social	2 734	3,9%	2 921	6,8%	18							
	FSV	1 896	-4,1%	2 025	6,8%	12							
	CNSA	838	23,4%	895	6,9%	6							
	CRDS	313	-1,4%	334,3	6,7%	342	2,3%						
	Contribution additionnelle au prélèvement social	182	4,0%	194,2	6,8%	1							
	Prélèvement de solidarité	1 215	3,9%	3,6	-99,7%	-3							
Total Patrimoine		9 488	1,6%	9 830	3,6%	6 471	-34,2%						
Prélèvements sur les revenus de placement	Taux de prélèvement	15,5%				15,2%				9,7%			
	CSG	5 816	7,7%	7 510	29,1%	7 228	-3,8%						
	CNAM	-16		-9		-4							
	CNAF	-2		-2		-1							
	FSV	5 408	7,3%	7 065	30,6%	6 761	-4,3%						
	CADES	426	7,7%	455	6,9%	471	3,5%						
	Prélèvement social	3 192	7,8%	3 413	6,9%	3							
	CNAM	-4		-2		-1							
	CNAV	-5		-2		-1							
	FSV	2 221	-0,2%	2 370	6,7%	4							
	CNSA	982	28,6%	1 049	6,7%	2							
	CADES	-4	-59,7%	-2	-47,1%	-1							
	CRDS	355	7,8%	379	6,9%	393	3,6%						
	Contribution additionnelle au prélèvement social	213	7,0%	233	9,5%	0							
	Prélèvement de solidarité	1 419	7,8%	-3	-100,2%	-2							
Total placement		10 993	7,8%	11 532	4,9%	7 622	-33,9%						
Total	Produit total sur les revenus du capital	20 482	4,8%	21 361	4,3%	14 093	-34,0%						
	Frais d'assiette sur le patrimoine	-40	1,9%	-49	20,8%	-33	-32,7%						
	Frais d'assiette sur les placements	-54	7,3%	-58	6,7%	-40	-31,1%						
	Dégrèvements	-324	-0,9%	-335	3,4%	-225	-32,7%						
	Produit total net sur les revenus du capital	20 064	4,9%	20 920	4,3%	13 795	-34,1%						

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'État. Les FAR, au taux de 0,5%, couvrent les frais engagés par les services de l'État 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'État de l'affectation du montant total des émissions et correspond donc au risque de non recouvrement assumé par l'État.

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.

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

En 2019, le montant total des mesures générales en faveur de l'emploi (allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, taux réduits de cotisations et mesures d'exonérations ciblées) s'est établi à 60 Md€ pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale, en hausse de 52% par rapport à 2018 (cf. tableau 1). Cette forte hausse s'explique en majeure partie par la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en baisse de cotisations maladie et par le renforcement des allègements généraux sur les bas salaires. Par ailleurs, les exonérations ciblées sont également en hausse en 2019 (+23,2%), en raison de la mise en place de l'exonération des cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires (cf. tableau 2).

La part des exonérations ciblées non compensées à la sécurité sociale par l'Etat a augmenté pour atteindre 24% des exonérations ciblées en 2019, soit une perte de recettes de 2,1 Md€ pour la sécurité sociale. Cette hausse est essentiellement due à la non compensation par l'Etat de la mesure nouvelle d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires (1,7 Md€).

Les allègements généraux en nette augmentation en 2019 avec la transformation du CICE

En 2019, les allègements généraux dans leur ensemble ont nettement augmenté (59,5 Md€ après 33,0 Md€ en 2018 sur le champ large des organismes de protection sociale¹), en raison essentiellement de la transformation du CICE/CITS et du renforcement des allègements sur les bas salaires (inférieurs à 1,6 SMIC).

Ces mesures, décidées en LFSS pour 2018, recouvrent en premier lieu la transformation du CICE et du CITS en une baisse de 6 points de cotisation maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC, pour une perte de recettes de cotisations estimée à 22,2 Md€.

En conséquence, la réduction générale sur les bas salaires, qui consiste en une exonération dégressive de cotisations patronales pour les salaires compris entre 1 et 1,6 SMIC, est réduite, toutes choses égales par ailleurs de 5,1 Md€, les six points de cotisations maladie sortant de son périmètre. Malgré cela, elle a nettement augmenté (+16,9%) du fait principalement de son élargissement aux cotisations de retraite complémentaire (6,01 points en 2019) et de chômage (4,05 points à partir du 1^{er} octobre) pour un coût supplémentaire de 6,0 Md€. Enfin, certaines exonérations patronales spécifiques sont basculées vers la réduction générale renforcée à compter du 1^{er} janvier 2019 (+1,3 Md€ dont 0,4 Md€ pour l'Unédic et l'Agirc-Arrco ; cf. fiche 3.5 du rapport de juin 2019 pour un panorama exhaustif de ces changements). L'inclusion de nouveaux organismes (Unédic et Agirc-Arrco) dans le champ des allègements généraux sur les bas salaires ainsi que la diminution du taux de cotisation maladie ont pour conséquence de déformer la répartition des allègements généraux entre branches et organismes (cf. encadré 2).

Les autres allègements généraux ont progressé en 2019. La réduction du taux de cotisation famille pour les salariés, étendue aux salaires jusqu'à 3,5 Smic en 2015, a crû au même rythme que la masse salariale du secteur privé (3,1%), pour atteindre 7,7 Md€. L'ensemble des mesures de réduction de taux en faveur des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles (modulation de la cotisation maladie en fonction des revenus des non-salariés et alignement du taux maladie des exploitants agricoles sur celui des travailleurs indépendants) représente plus de 1,7 Md€ en 2019.

¹ A l'origine, les allègements généraux ne concernaient que les cotisations du régime général. Leur champ a été élargi une première fois en 2015 dans le cadre du pacte de responsabilité en intégrant le versement au FNAL et la CSA. Enfin, depuis 2019, les contributions patronales au titre du chômage et de la retraite complémentaire font l'objet d'allègements.

Tableau 1 • Evolution des montants des allègements généraux et des exonérations ciblées

En millions d'euros

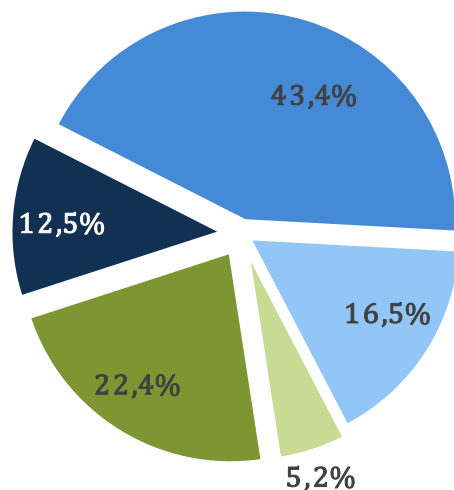
	2017	2018	2019	Evolution	
				M€	%
ALLEGEMENTS GENERAUX	31 508	33 026	59 460	26 434	++
Total des allègements généraux sur les bas salaires	23 091	23 807	27 819	4 013	16,9
dont réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale	22 515	23 213	20 778	-2 436	-10,5
dont réduction générale des cotisations patronales des contributions FNAL et CNSA	577	593	620	26	4,5
dont réduction générale des cotisations patronales d'assurance chômage et de retraite complémentaire			6 422	6 422	
Réduction de 6 points de la cotisation patronale d'assurance maladie des salariés			22 158	22 158	
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales des salariés	7 250	7 496	7 729	232	3,1
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales travailleurs indépendants et exploitants agricoles*	1 045	1 074	1 103	29	2,7
Baisse du taux de cotisations maladie des travailleurs indépendants	121	649	651	3	0,4
EXONERATIONS CIBLEES	7 912	7 270	8 961	1 690	23,2
Dont mesures compensées	6 554	6 342	6 845	503	7,9
dont cotisations du régime général de sécurité sociale	6 206	5 963	5 403	-560	-9,4
dont contributions hors du régime général de sécurité sociale	348	379	1 442	1 063	++
Dont mesures non compensées	1 357	928	2 116	1 188	++
dont cotisations du régime général de sécurité sociale	1 336	907	2 063	1 156	++
dont contributions hors du régime général de sécurité sociale	21	21	53	32	++
COUT TOTAL DES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI	39 419	40 296	68 421	28 125	++
dont cotisations du régime général de sécurité sociale	38 474	39 303	59 885	20 582	++
dont contributions hors du régime général de sécurité sociale	946	993	8 536	7 543	++

* Le montant de baisse du taux de cotisation famille pour les travailleurs indépendants présenté ici ne tient pas compte de l'aménagement de leur barème décidé dans le cadre des mesures gains de pouvoir d'achat en 2018.

Champ : ensemble des organismes de protection sociale

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

Graphique 1 • Structure des exonérations ciblées en 2019



Mesures compensées

- Ciblées sur certains publics - compensées
- Ciblées sur certains secteurs économiques - compensées
- Ciblées sur certains secteurs géographiques - compensées

Mesures non compensées

- Ciblées sur certains publics - non compensées
- Ciblées sur certains secteurs économiques - non compensées

Champ : régimes de sécurité sociale

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

Les exonérations ciblées en forte hausse en 2019

En 2019, les exonérations accordées dans le cadre des dispositifs ciblés¹ se sont élevées globalement à 9,0 Md€ sur le champ large des organismes de la protection sociale (y compris versement FNAL, CSA et contributions Unédic et Agirc-Arrco ; cf. tableaux 1). Elles ont nettement augmenté (+23,2%) du fait du renforcement de certains dispositifs qui intègrent dorénavant les cotisations Unédic et Agirc-Arrco (LODEOM, aide à domicile employée par une entreprise auprès d'une personne fragile et TO/DE) et la mise en place au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération des cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires.

Sur le champ du régime général, sur lequel sont effectuées les analyses dans la suite de cette fiche, ces exonérations se sont établies à 7,5 Md€ et ont augmenté de 8,7%, du fait de l'exonération sur les heures supplémentaires (cf. tableau 2).

- Les mesures ciblant des publics particuliers ont baissé en 2019 (-0,9 Md€). Cette diminution s'explique par le basculement des mesures d'allègements spécifiques pour les contrats d'apprentissage, de professionnalisation et aidés dans le dispositif des allègements généraux, devenu plus favorable. En revanche, la généralisation de l'aide à la création ou à la reprise d'une entreprise (ACCRES devenu ACRE), instaurée par la LFSS pour 2018, entraîne une forte augmentation de ces exonérations (+170 M€).

- Les exonérations orientées vers des secteurs économiques spécifiques ont fortement augmenté en 2019 (+1,5 Md€). Cette hausse est essentiellement due au rétablissement de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires prévue par la LFSS pour 2019 et avancée au 1^{er} janvier 2019 dans le cadre des mesures d'urgence économique et sociale (+1,7 Md€). Par ailleurs, l'alignement de plusieurs dispositifs d'exonération sur les allègements généraux a des effets contrastés : négatif sur les montants correspondants aux dispositifs à destination des associations intermédiaires et des ateliers et chantiers d'insertion (-186 M€) ou positif pour ce qui est des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (+52 M€).

- Les exonérations en faveur de zones géographiques particulières sont restées quasi-stables en 2019. En effet, les exonérations ZRR diminuent de 13 M€, leur périmètre étant réduit par la diminution du taux maladie de 6 points. L'extinction progressive à compter de 2014 du dispositif applicable aux zones franches urbaines (ZFU) entraîne une baisse de 14 M€ de ces exonérations. A l'inverse, l'élargissement de l'exonération en faveur des entreprises dans les DOM se traduit par une augmentation de 18 M€.

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

Tableau 2 • Montant des principales mesures d'exonérations ciblées en 2017, 2018 et 2019

En millions d'euros

	2017	2018	2019	Evolution		Contribution dans l'évolution 2019
				M€	%	
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS PUBLICS	2 508	2 251	1 322	-929	--	-13,5
Dont mesures compensées	1 181	1 352	933	-419	-31,0	-6,1
Contrat d'apprentissage	907	933	365	-568	--	-8,3
Contrat de professionnalisation et contrats de formation agricole	12	17	0	-17	--	-0,3
Structures d'aide sociale (CHRS / Emmaüs)	11	11	9	-3	-24,2	0,0
Service civique / CIE	0	1	0	-1	--	0,0
Volontariat pour l'insertion	-0,03					0,0
Aide aux chômeurs créateurs repreneurs d'entreprise (dt cumul Auto-entr-ACRE)	251	390	560	170	++	2,5
Dont mesures non compensées	1 327	898	388	-510	--	-7,4
Stagiaires en milieu professionnel	108	108	104	-4	-3,5	-0,1
Apprentissage Loi de 1979 - Vieillesse non compensée	102	118	0	-118	--	-1,7
Contrats aidés (aidés (CAE/CUI, emplois d'avenir)	1 050	606	224	-382	--	-5,6
Contrat de sécurisation professionnelle	68	67	60	-7	-10,4	-0,1
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS ECONOMIQUES	3 815	3 369	4 912	1 543	++	22,5
Dont mesures compensées	3 807	3 360	3 237	-123	-3,7	-1,8
Déductions sur les heures supplémentaires (entreprises de moins 20 salariés)	503	529	566	37	7,0	0,5
Déduction forfaitaire service à la personne	458	418	411	-6	-1,5	-0,1
Baisse du taux de cotisations maladie des exploitants agricoles	447	0	0	0		0,0
Exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO/DE)	249	242	294	52	21,4	0,8
Jeunes entreprises innovantes (JEI)	195	205	209	5	2,2	0,1
Jeunes entreprises universitaires	1	1	2	1	++	0,0
Exonération en faveur des marins salariés	18	18	18	0	0,8	0,0
Exonération de cotisations AF pour les entreprises maritimes	12	12	15	3	26,4	0,0
Porteurs de presse	15	15	12	-3	-20,3	0,0
Contribution diffuseur MDA	2	0	0	0	++	0,0
Associations intermédiaires	79	78	0	-78	--	-1,1
Exonération Ateliers chantiers d'insertion - ACI en CDDI	119	128	20	-107	--	-1,6
Aide à domicile employée par un particulier fragile	846	868	878	11	1,2	0,2
Aide à domicile employée par une assoc. ou une entreprise auprès d'une pers. fragile	863	845	808	-37	-4,4	-0,5
Arbitres sportifs	0	1	1	1	++	0,0
Dont mesures non compensées	9	9	1 675	1 666	++	24,2
Exonération en faveur de jeunes chefs d'exploitations agricoles	9	9	15	6	++	0,1
Exonération sur les heures supplémentaires - part salariale			1 660	1 660		24,2
MESURES CIBLEES SUR CERTAINS SECTEURS GEOGRAPHIQUES	1 219	1 251	1 233	-18	-1,4	-0,3
Dont mesures compensées	1 219	1 251	1 233	-18	-1,4	-0,3
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR) + ZRU	100	127	114	-13	-9,9	-0,2
Création d'emplois en Zones Franches Urbaines (ZFU)	39	27	14	-14	--	-0,2
Bassins d'emploi à redynamiser (BER)	16	18	15	-3	-18,0	0,0
Contrat d'accès à l'emploi en outre mer	5	1	0	-1	--	0,0
Entreprises en outre mer (LODEOM)	940	958	976	18	1,9	0,3
Travailleurs indépendants implantés en outre mer	117	117	111	-6	-5,0	-0,1
Zones de restructuration de la défense (ZRD)	2	2	2	1	++	0,0
MESURES CIBLEES COMPENSEES	6 206	5 963	5 403	-560	-9,4	-8,2
MESURES CIBLEES NON COMPENSEES	1 336	907	2 063	1 156	++	16,8
TOTAL DES EXONERATIONS CIBLEES	7 543	6 871	7 466	595	8,7	8,7

Lecture : les exonérations ciblées s'élèvent à 7,5Md€ en 2019. Elle sont en hausse de 595 M€ par rapport à 2018, soit +8,7%. Les mesures ciblées non compensées expliquent 16,8 points de cette hausse et la diminution des mesures compensées y contribue quant à elle pour -8,2 points.

Champ : régimes de sécurité sociale

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

Les exonérations ciblées compensées en forte baisse en 2019 à la suite du basculement d'exonérations spécifiques en allègements généraux devenus plus favorables

La plupart des exonérations ciblées, qui sont synonymes de pertes de recettes pour la sécurité sociale, font l'objet d'une compensation intégrale par l'État, *via* des dotations budgétaires¹. Les allègements généraux en faveur des bas salaires sont compensés, depuis 2011, par l'affectation de recettes fiscales réparties entre les branches.

En 2019, plusieurs dispositifs d'exonération ont été supprimés, venant réduire les montants d'exonérations ciblées compensées (cf. fiche éclairage 3.5 du rapport de juin 2019). Leurs anciens bénéficiaires se sont vus appliquer les allègements généraux sur les bas salaires, devenus plus favorables. La suppression du dispositif d'exonération au titre de l'apprentissage a représenté l'essentiel de cette réduction. Les exonérations compensées ont ainsi chuté de 9,4%. Ces mouvements masquent toutefois des évolutions contrastées entre les branches (cf. tableau 3) :

- Les cotisations compensées par l'État pour la branche maladie, qui représentent 44% des exonérations compensées, ont chuté de 13,8% en 2019. La généralisation du dispositif ACRE à toutes les personnes reprenant ou créant une entreprise, ainsi que l'élargissement de l'exonération TO/DE, n'ont que légèrement atténué la diminution liée à la suppression de certains dispositifs.
- Les cotisations prises en charge par l'État pour la branche vieillesse, qui constituent 42% des exonérations compensées, ont diminué de 1,4% en 2019. La suppression pour le secteur privé de l'exonération patronale au titre de l'apprentissage a été fortement compensée par la généralisation de l'ACRE.
- Les cotisations prises en charge par l'État pour la branche famille (13% des exonérations compensées en 2019) ont diminué de 19,3%. L'impact de la suppression de l'exonération patronale sur les apprentis du secteur privé a été amplifié par des régularisations négatives concernant le dispositif de l'ACRE.
- La branche accidents du travail a vu son montant d'exonérations compensées par dotation budgétaire augmenter de 18% en 2019. En effet, la répartition entre branches du coût de la déduction de cotisations patronales sur les heures supplémentaires a été modifiée, en répercussion de la baisse de 6 points de la cotisation patronale maladie, contribuant à augmenter à nouveau fortement les exonérations compensées de la branche.

¹ L'exonération pour l'embauche de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO/DE) fait figure d'exception à cette règle puisqu'une partie de sa prise en charge est compensée par l'affectation de TVA. En 2019, les salariés concernés par cette exonération ont également bénéficié d'une baisse de 6 points de leur taux de cotisation maladie (-120 M€), devant être compensée par TVA à hauteur de 95 M€ et par crédit budgétaire à hauteur de 25 M€. Néanmoins, un problème d'ordre comptable a empêché la comptabilisation de cette prise en charge dans les comptes 2019. Une régularisation sera opérée dans les comptes 2020. Afin de refléter le coût réel de cette exonération, cet effet a été neutralisé dans les tableaux.

Tableau 3 • Exonérations compensées par des dotations budgétaires de l'Etat, régime général

En millions d'euros

	2017 pro forma	2018	%	2 019	%
MALADIE	3114	2736	-12,1	2358	-13,8
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	482	490	1,7	50	--
Allègements en faveur de zones géographiques	567	599	5,6	638	6,5
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	994	979	-1,5	970	-0,9
Exonération sur les heures supplémentaires (cotisation patronale)	239	239	-0,1	185	-22,4
Autres exonérations*	384	429	11,8	515	19,9
Compensation de la baisse du taux maladie des exploitants agricoles	447	0	-	0	-
VIEILLESSE	2173	2293	5,5	2260	-1,4
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	531	558	5,0	335	-39,9
Allègements en faveur de zones géographiques	469	473	0,8	452	-4,4
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	786	777	-1,1	767	-1,4
Exonération sur les heures supplémentaires (cotisation patronale)	180	169	-6,0	225	32,8
Autres exonérations*	206	316	++	481	++
FAMILLE	876	851	-2,9	686	-19,3
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	129	135	4,8	21	--
Allègements en faveur de zones géographiques	185	179	-3,1	141	-21,2
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	355	346	-2,6	333	-3,7
Exonération sur les heures supplémentaires (cotisation patronale)	71	67	-5,5	87	29,7
Autres exonérations*	136	124	-9,2	104	-15,7
AT-MP	46	83	++	99	18,1
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1	1	21,9	0	--
Allègements en faveur de zones géographiques	0	0	-	1	++
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	32	28	-10,2	28	-1,5
Exonération sur les heures supplémentaires (cotisation patronale)	13	54	++	69	27,9
Autres exonérations*	0	0	++	0	++
Total	6208	5963	-3,9	5403	-9,4
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1143	1184	3,6	406	--
Allègements en faveur de zones géographiques	1221	1251	2,4	1233	-1,4
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	2167	2131	-1,7	2098	-1,5
Exonération sur les heures supplémentaires (cotisation patronale)	503	529	5,1	566	7,0
Autres exonérations*	727	869	19,6	1101	26,6
Compensation de la baisse du taux maladie des exploitants agricoles	447	0	-	0	-

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

(*) Les principales « autres exonérations » sont l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACRE), l'exonération de cotisations d'allocations familiales pour les entreprises maritimes, l'exonération patronale pour l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi agricoles (TO/DE) et les exonérations concernant les jeunes entreprises innovantes.

Encadré 2 • Une modification de la répartition de la réduction générale sur les bas salaires

En 2019, l'élargissement des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire à compter du 1^{er} janvier et aux cotisations chômage à compter du 1^{er} octobre, la diminution du taux de cotisation maladie ainsi que le basculement de certains dispositifs d'exonérations spécifiques vers les allègements généraux s'est logiquement accompagné de nouvelles modalités de répartition de ces allègements entre organismes. Les nouvelles clés de répartition des allègements généraux reflètent la structure des taux de cotisations au niveau du Smic, sauf pour la branche AT, le FNAL et la CNSA dont les clés ont été calculées afin de stabiliser leur niveau d'allègements entre 2018 et 2019.

Le tableau 4 présente la répartition des allègements généraux par organisme. Le renforcement des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire à compter du 1^{er} janvier et aux cotisations chômage à compter du 1^{er} octobre, dont le coût s'est élevé à 6,0 Md€, s'est réparti en une baisse des cotisations Agirc-Arrco et Unedic de respectivement 5,1 Md€ et 0,9 Md€. La mise en place du bandeau de 6 points sur les cotisations maladie (perte de 22,2 Md€) a conduit à réduire le poids du taux maladie dans le calcul des clés de répartition. Ainsi, le montant des allègements sur les bas salaires qui pèse sur la CNAM s'est réduit de 5,2 Md€. Enfin, le basculement de dispositifs spécifiques dans les allègements de droit commun a augmenté le coût de 1,3 Md€ au total, dont 0,9 Md€ pour le régime général.

Tableau 4 • Répartition des allègements généraux sur les bas salaires

	2018	2019
CNAM	46,00%	24,52%
CNAM AT	0,20%	0,15%
CNAF	13,60%	12,09%
CNAV	37,70%	36,61%
CNSA	1,10%	1,05%
FNAL	1,40%	1,14%
UNEDIC		4,08%
Agirc-Arrco		20,36%
Total	100,00%	100,00%

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.

La baisse du taux de restes à recouvrer se poursuit en 2019

Le taux de RAR calculé au 31 décembre sur les cotisations et contributions toutes catégories de cotisants confondus a baissé de 0,2 point en 2019, pour atteindre 1,39 % (cf. tableau 1). Cette baisse, identique à celle observée en 2018, s'explique par :

- **la diminution de 0,29 point du taux d'impayés constatée sur les entreprises du secteur privé (à 0,86%).**

Les changements législatifs intervenus en 2019 concernant le mode de calcul des taxations d'office (TO) (moins défavorable aux cotisants) ont en effet permis de diminuer significativement les RAR (-30 %). La part des TO dans les RAR passe ainsi de 33 % à 21 %. L'évolution du taux de RAR du secteur privé en 2019 ne traduit donc pas totalement la situation réelle du recouvrement. Ainsi, apprécié hors TO, le taux de RAR continue à s'améliorer en 2019 mais de manière moins marquée (-0,1 point pour atteindre 0,68 %).

- **la baisse de 0,14 point du taux de RAR des travailleurs indépendants (TI),** et plus particulièrement de celui des cotisants à échéance trimestrielle (-0,36 point), tout en restant à des niveaux encore assez élevés. Après neutralisation des TO, le taux de RAR des TI, qui a été divisé par deux entre 2011 et 2018, continue à s'améliorer en 2019 (-0,16 point), pour atteindre 5,07%, en raison notamment des progrès en termes de dématérialisation des paiements, aidés par les seuils d'obligations de dématérialisations imposées par la législation.

Enfin, après une hausse de 0,1 point en 2017 et de 0,04 point en 2018, le taux de RAR du secteur public continue d'augmenter, mais à un rythme plus modéré de 0,01 point en 2019, pour atteindre 0,37 %, soit un taux qui reste très inférieur à celui du secteur privé (0,86 %).

Les charges nettes liées aux opérations sur créances du régime général, qui s'établissent à 1 669 M€, sont en baisse de près de 200 M€ en 2019

Ces charges nettes représentent une estimation du coût annuel pour le régime général des cotisations et contributions qui ne pourront jamais être recouvrées. La baisse de ces charges en 2019 (-198 M€, cf. tableau 2), résulte de 2 effets opposés :

- **une baisse des dotations nettes pour dépréciation des créances de 259 M€.** En effet, une reprise nette de 595 M€ a été comptabilisée en 2019, après une reprise nette de 336 M€ en 2018 (cf. tableau 1). Cette reprise s'explique principalement par **un effet créance** (-790 M€) dû à la baisse de 960 M€ du stock de créances en 2019. Cette baisse du stock de créances en 2019 s'explique par la forte baisse (décrite *supra*) sur le secteur privé des créances en taxations d'office nées au cours de l'année. Cet effet créance est partiellement compensé par **un effet taux** (+195 M€) imputable à la hausse de 0,9 point du taux moyen de provisionnement, s'expliquant notamment par la hausse du poids des créances prescrites dépréciées à 100 % et par la baisse des créances nées au cours de l'année 2019 dont le taux de provision est plus faible que celui des autres créances. Au total, le stock des créances du régime général constaté fin 2019 (21,5 Md€) a été provisionné à 82,2 % (après 81,4 % en 2018), soit 17,7 Md€ de provisions.

- **une hausse des pertes sur créances irrécouvrables de 61 M€,** qui correspondent aux créances que l'on annule dans les comptes après avoir épuisé tous les moyens de recouvrement. Elles s'établissent à 2 264 M€, après une hausse de 246 M€ en 2018. Les créances admises en non-valeur ont augmenté de près de 150 M€ en 2019 et celles remises ou annulées ont baissé de près de 90 M€.

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Secteur privé	1,18%	1,29%	1,30%	1,27%	1,17%	1,04%	1,24%	1,15%	0,86%
Taxe pharmaceutique + contribution Amiante	0,15%	0,19%	0,07%	1,32%	1,56%	0,10%	0,13%	0,37%	0,11%
Secteur public	0,22%	0,30%	0,16%	0,21%	0,22%	0,22%	0,32%	0,36%	0,37%
Travailleurs Indépendants	19,11%	18,19%	16,25%	14,73%	15,01%	12,65%	10,67%	8,64%	8,50%
à échéance mensuelle	6,01%	5,22%	5,06%	3,57%	4,03%	3,66%	3,19%	2,86%	2,72%
à échéance trimestrielle	36,53%	33,47%	29,40%	27,09%	27,76%	23,94%	20,68%	16,80%	16,44%
Employeurs de Personnels de Maison	1,10%	1,06%	1,11%	0,95%	1,01%	1,24%	1,09%	1,13%	1,01%
Praticiens et auxiliaires médicaux	10,10%	10,05%	7,34%	7,61%	6,96%	11,48%	19,16%	27,82%	35,16%
Assurés Volontaires / Régime de résidence	1,73%	2,08%	2,00%	2,30%	2,96%	7,59%	10,80%	14,22%	6,92%
Divers (y compris CMU)	0,24%	0,43%	0,24%	0,42%	0,37%	0,19%	0,25%	0,28%	0,41%
Total	2,44%	2,47%	2,29%	2,15%	2,09%	1,77%	1,78%	1,58%	1,39%
Total Hors travailleurs indépendants	1,03%	1,14%	1,12%	1,11%	1,03%	0,94%	1,12%	1,04%	0,78%

Source : Estimation ACOSS

Note : A compter de 2017 les comptes « praticiens et auxiliaires médicaux » ne sont plus distingués en gestion et sont fondus dans la ligne « travailleurs indépendants ». La ligne associée ne concerne plus dès lors que les comptes radiés (correspondant à des professionnels ayant cessé leur activité) pour lesquels d'ultimes régularisations sont encore dues après 2017, d'où une forte progression mécanique des taux de RAR (le recouvrement de ces sommes étant structurellement moins bon que sur le flux des cotisants encore actifs). En 2019, les sommes en jeu sont très faibles (moins de 2 M€ de cotisations).

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Produits des URSSAF (1)	227 147	231 919	240 010	246 055	249 082	261 343	273 997	308 262	281 332
Encaissements des URSSAF (2)	223 165	227 610	235 711	241 821	244 864	257 857	269 917	303 323	277 356
Charges (3)	151	166	163	162	145	183	223	204	144
Nouvelles créances de l'exercice (4)=(1)-(2)-(3)	3 831	4 143	4 136	4 072	4 073	3 303	3 858	4 735	3 832
Taux de RAR de l'exercice (5)=(4)/(1)	1,69%	1,79%	1,72%	1,65%	1,64%	1,26%	1,41%	1,54%	1,36%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 852	1 842	2 245	2 026	1 899	1 946	1 957	2 203	2 264
Dotations aux provisions pour nouvelles créances (7)	3 070	3 322	3 248	2 812	2 713	2 175	2 654	3 335	2 597
Reprises de provisions (7bis)	2 800	2 404	3 312	2 594	2 455	2 751	2 724	3 672	3 191
Dotations nettes aux provisions (8) = (7)-(7bis)	270	918	-64	218	258	-576	-70	-336	-595
Charges nettes liées aux opérations sur créances (9)=(6)+(8)	2 122	2 760	2 181	2 244	2 157	1 370	1 887	1 867	1 669

Source : Estimation ACOSS

- les produits (1), encaissements (2) et charges (3) sur les revenus perçus 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 apparues 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 comptabilisation, 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 en 2019 (1,39%) calculé sur l'ensemble du régime général et des tiers, s'établit à 1,49% en tenant compte des majorations et pénalités et en neutralisant les charges, contre 1,36% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2017). Ce taux sur le seul régime général au 31 janvier N+1 est donc en baisse de 0,18 point en 2019, soit proche de la baisse de celui présenté dans le tableau 1 (0,2 point).

Remarque pour 2018 : le taux de RAR du tableau 1 (1,58 %) calculé sur l'ensemble du régime général et des tiers, s'établit à 1,69 % en tenant compte des majorations et pénalités et en neutralisant les charges, contre 1,54 % pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2019). Ce taux au 31 janvier N+1 est donc en hausse de 0,14 point en 2018, alors que celui présenté dans le tableau 1 est en baisse de 0,2 point. Ceci provient d'un effet de composition du régime général lié à la suppression du régime social des indépendants (RSI) au 1^{er} janvier 2018 et à son intégration au régime général. Les produits des risques maladie et vieillesse des travailleurs indépendants (hors retraite complémentaire et invalidité décès) ont ainsi été transférés à la Cnam et à la Cnav. Sans ce transfert de produits dont le taux de RAR (de l'ordre de 11%) est plus élevé que les autres produits affectés au régime général, le taux de RAR du régime général aurait été également en baisse en 2018 (de l'ordre de 0,15 point, soit une évolution proche de celui présenté dans le tableau 1). Cet effet de composition du régime général explique également la forte hausse des produits (1), des encaissements (2), des nouvelles créances de l'exercice (4) et des dotations aux provisions pour nouvelles créances (7).

- pertes sur créances irrécouvrables (6) : elles regroupent les admissions en non valeur (ANV), les annulations, les abandons et les remises de créances, inscrits en charges dans les comptes et entraînant des reprises de provisions pour dépréciations des créances inscrites en produits pour un montant égal à la part préalablement dépréciée de ces créances (voisine de 90 %).

- dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7) et reprises de provisions (7bis) : en 2019, 68% des nouvelles créances de l'exercice (4) sont inscrites en provisions pour dépréciation afin de tenir compte de leur risque de non recouvrement. Les reprises de provisions (7bis) correspondent au solde entre les reprises sur provisions liées notamment aux pertes sur créances irrécouvrables (6) et le reprovisionnement du stock d'anciennes créances pour tenir compte de l'évolution des conditions de 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 donc des dotations pour nouvelles créances (7) et des reprises de provisions (7 bis).

- 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.

2. LES DEPENSES

2.1 Vue d'ensemble des dépenses

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 évolutions de dépenses 2018 à périmètre constant, les comptes 2017 sont présentés en intégrant les comptes du RSI (compte « pro forma »).

Les dépenses du régime général et du FSV ont atteint 404,5 Md€ en 2019, en hausse de 2,2% par rapport à 2018 (cf. tableau 1). De par leur poids (92%) et leur dynamique (+2,1%), les prestations légales expliquent la quasi-totalité de la croissance de l'ensemble des dépenses.

Les prestations légales ont légèrement ralenti en 2019

Trois effets jouent sur l'évolution de la dépense des prestations : la dynamique spontanée des prestations, liée principalement à des facteurs démographiques, leur revalorisation annuelle et les mesures nouvelles (cf. encadré et graphique 1).

Les prestations légales servies par le régime général ont progressé de 2,1% en 2019 après 2,3% en 2018. L'évolution spontanée des prestations, hors revalorisation, serait d'abord légèrement plus faible en 2019 (+3,0%) que lors des années précédentes (+3,3% en 2018), en raison notamment de moindres flux de départ à la retraite au régime général (cf. fiche 2.6) et de la baisse de la natalité.

Cependant, dans un contexte de regain d'inflation, le ralentissement observé en 2019 s'explique principalement par la mesure de la LFSS pour 2019 limitant à 0,3% la revalorisation annuelle des prestations légales famille et vieillesse, et générant 2,0 Md€ d'économies en 2019 pour le régime général, contribuant ainsi à freiner ses dépenses à hauteur de 0,5 point¹. L'ensemble des autres mesures d'économie (ONDAM, lois retraite, réforme de la politique familiale...) ont pesé à hauteur de 1,1 point sur la croissance des dépenses de prestations légales, contre 1,2 point en 2018. En particulier, en 2019, les mesures d'économies sur le périmètre de l'ONDAM sont inférieures à 2018, en raison du relèvement du taux d'évolution cible (+2,5% en 2019 après +2,3% en 2018).

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

Les prestations maladie expliquent près de la moitié de la progression des dépenses en 2019

Les prestations maladie ont contribué pour 1,1 point à la hausse des dépenses en 2019 (cf. graphique 3). L'ensemble des prestations légales servies par la CNAM a atteint 202,8 Md€ et a progressé de 2,3% en 2019. Cette évolution est guidée par la progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (+2,3%).

En 2019, les prestations maladie hors ONDAM ont accéléré (+2,0% après +1,5% en 2018), portées par les indemnités journalières maternité et paternité (cf. tableau 3). Ces dernières ont augmenté de 2,1% après 1,1% en 2018 en raison de deux mesures de la LFSS pour 2019 : l'harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes et le prolongement du congé paternité pour les parents d'un enfant prématuré (cf. fiche 2.5).

Les prestations d'invalidité servies par la branche maladie ont ralenti (+2,5% après 2,2% en 2018), la revalorisation des pensions d'invalidité étant limitée à 0,3%.

¹ L'économie découlant de la mesure de revalorisation des prestations limitée à 0,3% est intégrée dans l'effet « mesure » (cf. graphique 1), et non dans l'effet « revalorisation », celui-ci ayant vocation à indiquer l'impact en dépenses des modalités habituelles de revalorisation, basées sur l'inflation constatée au cours des 12 derniers mois.

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 CNAV 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 versées 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.

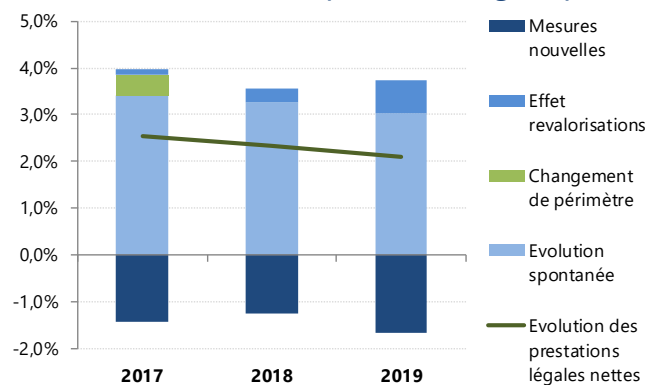
Ainsi, **les dépenses de la branche maladie et de la branche AT-MP** sont décrites dans plusieurs fiches. La fiche 2.2 apporte une analyse de l'évolution économique des dépenses de l'ensemble des régimes intégrés au champ de l'ONDAM. La fiche 2.4 permet de rapprocher la vision économique de l'ONDAM de 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 2019 (fiche 3.5), un bilan des protocoles sur les dépenses des laboratoires de biologie médicale (fiche 3.7) ainsi qu'une étude internationale des modes de financement innovants des produits de santé onéreux (fiche 3.6).

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. 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. La fiche 3.3 décrit les effets de la politique familiale en faveur des familles monoparentales.

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 plupart pas indexées sur l'inflation, 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

	2017	2018	%	2019	%	Structure 2019
Prestations sociales nettes	360 568	368 770	2,3	376 500	2,1	93%
Prestations légales	354 624	362 851	2,3	370 408	2,1	92%
Prestations extralégales	5 944	5 920	-0,4	6 092	2,9	2%
Transferts versés nets	13 588	14 599	7,4	15 730	7,7	4%
Transferts vers les régimes de base	6 334	6 527	3,0	7 174	9,9	2%
Transferts vers les fonds	6 170	6 890	11,7	7 312	6,1	2%
Autres transferts	1 083	1 183	9,2	1 244	5,2	0%
Charges de gestion courante	12 289	12 244	-0,4	12 047	-1,6	3%
Charges financières	35	44	25,5	53	19,0	0%
Autres charges	92	111	20,9	172	54,7	0%
Ensemble des charges nettes du régime général et du FSV	386 573	395 770	2,4	404 502	2,2	100%

Source : DSS/SDEPF/6A.

Les pensions de retraite servies par la CNAV freinées par leur revalorisation limitée à 0,3%

En 2019, les prestations servies par les régimes alignés ont crû de 2,3% après 2,9% en 2018.

Ce ralentissement résulte aussi bien de celui des pensions de droits propres (+2,7% après 3,1% en 2018) que de celui des pensions de droits dérivés (+0,6% après 1,0%). Il s'explique essentiellement par la revalorisation des pensions limitée à 0,3% en 2019 (après 0,6% en moyenne annuelle en 2018), alors qu'elle aurait atteint 1,6% en application des modalités habituelles de revalorisation basées sur l'inflation.

Les effectifs de nouveaux pensionnés ont également progressé moins vite, du fait de la montée en charge du relèvement de l'âge du taux plein automatique (de 65 à 67 ans), mais aussi, plus marginalement, par les premiers effets des coefficients dits de « solidarité » appliqués à l'Agirc-Arrco, qui auraient incité une minorité des assurés ayant atteint l'âge légal de départ à décaler leur liquidation pour ne pas se voir appliquer de coefficients minorants sur leur niveau de pension pendant trois années (cf. fiche 2.6).

Les prestations familiales ont diminué en 2019

En 2019, les prestations familiales ont diminué (-0,7%), après avoir stagné en 2018.

La revalorisation des prestations légales limitée à 0,3% ainsi que la fin des revalorisations exceptionnelles prévues dans le cadre du plan pauvreté de 2013 ont en effet ralenti les prestations d'entretien (+0,6% après 2,0%).

Les prestations consacrées à la petite enfance ont continué leur décrue, mais à un rythme moindre qu'en 2018 (-2,4% après -3,3%) du fait du recul du nombre de naissance, de la diminution du recours au congé parental depuis l'entrée en vigueur de la Prepa et de la baisse de l'allocation de base en raison de l'alignement de son plafond et de son montant sur ceux, plus faibles, du complément familial (cf. fiche 2.7).

Enfin, les prestations servies par la branche AT-MP ont progressé de 3,7%, portées par les prestations du champ de l'ONDAM (+7,0%). En particulier, les indemnités journalières AT-MP ont accéléré (+9,7% après 7,4% en 2018) du fait de la montée en charge du dispositif de reconnaissance anticipée des AT-MP instauré par la LFSS pour 2018, qui joue pleinement en 2019. Les autres dépenses de soins de ville ont reculé en contrecoup de l'accélération constatée en 2018 (+19%) résultant d'une erreur de provisionnement en 2017 qui avait eu pour conséquence de sous-estimer les charges enregistrées en 2017 et de gonfler en contrepartie celles de 2018 (cf. fiche 4.3).

L'évolution des prestations extralégales, des transferts nets et des charges de gestion courante est contrastée

Les prestations extralégales ont progressé en 2019 (+2,9%), après avoir diminué en 2018 (-0,4%). En particulier, les dépenses d'action sociale, qui avaient été atones en 2018 en raison de l'incertitude liée à la signature des conventions d'objectif et de gestion entre les caisses de sécurité sociale et l'Etat, ont rebondi en 2019 (+3,3%).

Les transferts versés ont conservé leur dynamisme (+7,7% après +7,4% en 2018). Les transferts vers les régimes ont progressé de près de 10% en raison de la rectification d'erreurs de comptabilisation des charges entre les prestations spécifiques et celles du champ de la PUMA. Les dotations aux fonds et opérateurs dans le périmètre de l'ONDAM demeurent très dynamiques, au bénéfice principal du fonds de modernisation des établissements de santé (FMESPP). Les charges de gestion administratives ont diminué (-1,6%).

Graphique 2 • Répartition des dépenses en 2018

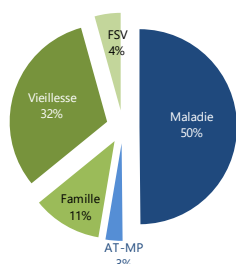


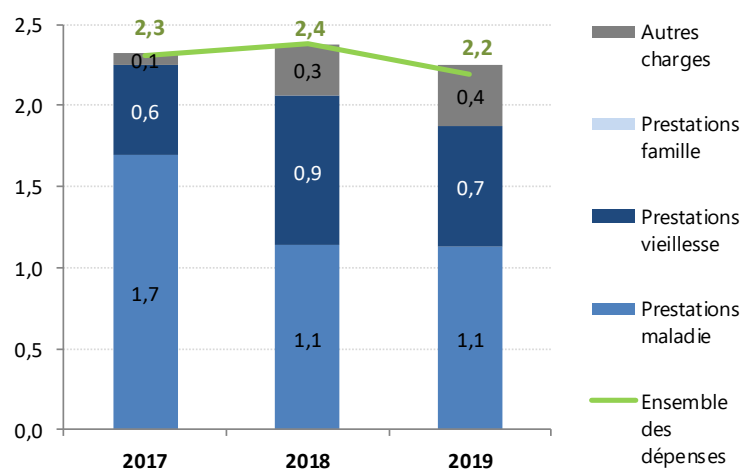
Tableau 2 • Répartition des dépenses par branche

en millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%
Maladie	206 551	211 534	2,4	216 648	2,4
AT-MP	11 728	12 045	2,7	12 239	1,6
Famille	49 957	49 945	0,0	49 877	-0,1
Vieillesse	129 830	133 636	2,9	137 130	2,6
FSV	19 564	18 968	-3,0	18 767	-1,1
Transferts entre branches du régime général et le FSV	31 057	30 358	-2,3	30 158	-0,7
Dépenses consolidées du régime général et du FSV	386 573	395 770	2,4	404 502	2,2

Source : DSS/SD EPF/6A.

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



Source : DSS/SDEPF/6A.

Note de lecture : les prestations légales de la branche maladie ont contribué à hauteur de +1,1 point à la progression des dépenses du régime général et du FSV en 2018. 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

	2017	2018	%	2019	%
Prestations légales nettes versées par le régime général	356 628	364 902	2,3	372 462	2,1
Prestations légales nettes maladie	193 873	198 283	2,3	202 789	2,3
Maladie - maternité ONDAM	181 549	185 653	2,3	189 923	2,3
Maladie - maternité hors ONDAM	5 771	5 856	1,5	5 971	2,0
Incapacité	6 333	6 490	2,5	6 630	2,2
Prestations légales décès, provisions et pertes sur créances nettes	219	284	29,4	265	-6,5
Prestations légales nettes AT-MP	8 766	9 029	3,0	9 364	3,7
Incapacité temporaire (ONDAM)	3 890	4 196	7,9	4 489	7,0
Incapacité permanente (hors ONDAM)	4 295	4 334	0,9	4 345	0,2
Autres prestations, provisions et pertes sur créances nettes	582	499	-14,3	530	6,2
Prestations légales famille nettes	31 305	31 303	0,0	31 074	-0,7
Prestations en faveur de la famille	18 374	18 742	2,0	18 854	0,6
Prestations dédiées à la garde d'enfant	11 655	11 274	-3,3	10 994	-2,5
Autres prestations légales nettes	1 275	1 287	0,9	1 226	-4,7
Prestations légales vieillesse nettes	122 685	126 288	2,9	129 235	2,3
Droits propres	110 579	113 994	3,1	117 111	2,7
Droits dérivés	11 886	12 047	1,4	12 144	0,8
Autres prestations, provisions et pertes sur créances nettes	219	247	12,3	-20	

Source: DSS/SDEPF/6A.

2.2 L'ONDAM en 2019

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 a confirmé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2019 à 200,4 Md€ mais en a modifié la répartition entre sous-objectifs. Un premier constat sur la base des comptes des caisses arrêtés au 15 mars 2020 fait état de dépenses inférieures d'environ 60 M€ à l'objectif voté. Cette estimation pourra toutefois faire l'objet de rectifications ultérieures en fonction, notamment, de la consommation définitive des provisions (cf. encadré 1) ainsi qu'à l'actualisation des produits à recevoir au titre des remises pharmaceutiques.

L'ONDAM est à nouveau respecté en 2019, en très légère sous-exécution

En 2019, les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 200,3 Md€, en progression de 2,6 % par rapport à 2018. Elles sont inférieures d'environ 60 M€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020 (cf. tableau 1). Elles se décomposent en un dépassement de 20 M€ sur les soins de ville et de 5 M€ sur les dépenses relatives au FIR, plus que compensé par une sous-exécution de 40 M€ sur les établissements de santé, 20 M€ sur le secteur médico-social et 25 M€ sur les autres prises en charge (comprenant notamment les soins des français à l'étranger).

Tableau 1 • Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2019

Constat 2019 (en Md€)	Constat 2018	Base 2019 (1)	Objectif 2019 LFSS 2019	Objectif 2019 revu en LFSS 2020	Constat 2019 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Écarts à la LFSS 2020	Écart à la LFSS initiale
ONDAM TOTAL	195,1	195,1	200,4	200,4	200,3	2,6%	-0,1	-0,1
Soins de ville	89,2	89,0	91,5	91,4	91,4	2,7%	0,0	-0,1
Établissements de santé	80,4	80,4	82,6	82,6	82,5	2,6%	0,0	-0,1
Établissements et services médico-sociaux	20,4	20,5	20,8	21,0	20,9	2,3%	0,0	0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2	9,3	9,5	9,6	9,6	3,3%	0,0	0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,1	11,2	11,4	11,4	11,4	1,5%	0,0	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	3,3	3,5	3,5	3,5	4,9%	0,0	0,0
Autres prises en charges	1,8	1,9	1,9	2,0	1,9	4,9%	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

Les dépenses de soins de ville ont été supérieures de 20 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2020 mais inférieures à l'objectif initial

Les dépenses de soins de ville ont représenté 91,4 Md€, en progression de 2,7% par rapport à 2018, soit 20 M€ de plus que l'objectif rectifié en LFSS pour 2020, mais 105 M€ de moins que l'objectif initial fixé par la LFSS pour 2019. Ce très faible dépassement provient essentiellement des dépenses de prestations (+145 M€) presque entièrement compensé par un rendement plus élevé qu'anticipé des remises pharmaceutiques portant les dépenses hors prestations en sous-exécution de 125 M€ par rapport à l'objectif rectifié.

Les remises versées par l'industrie pharmaceutiques (qui viennent en diminution de l'ONDAM) présentent un rendement supérieur de 160 M€ à la prévision. Cet écart s'explique notamment par le débouclage non anticipé de certaines négociations de prix portant sur des molécules sous autorisation temporaire d'utilisation et par la montée en charge plus rapide que prévu de certaines molécules pour lesquelles des remises ont été négociées. Hors prestations toujours, le fonds des actions conventionnelles présente des dépenses inférieures de 15 M€ à l'objectif rectifié. A l'inverse, les prises en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels de santé et auxiliaires médicaux sont supérieures de 30 M€ à la prévision et les aides à la télétransmission dépassent l'objectif de 20 M€. Enfin, le rendement de la taxe sur les organismes complémentaires est conforme à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020.

Concernant les dépenses de prestations, les remboursements d'honoraires médicaux et dentaires sont inférieurs de 5 M€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020. Les remboursements d'honoraires des médecins généralistes sont inférieurs de 20 M€ à l'objectif révisé, tandis que les remboursements d'honoraires des spécialistes et des dentistes présentent des dépassements d'environ 5 M€. Les dépenses au titre des sages-femmes sont conformes à la prévision.

Les honoraires paramédicaux sont légèrement inférieurs à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020 (-5 M€). Les dépenses pour soins infirmiers et orthoptistes dépassent l'objectif rectifié de respectivement 5 M€ et 15 M€ tandis que les dépenses des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes sont inférieurs respectivement de -20 M€ et -5 M€. Globalement ces dépenses restent dynamiques avec une croissance des remboursements de 4,2 % pour l'ensemble des professions paramédicales.

Les remboursements de produits de santé dépassent les objectifs rectifiés de 85 M€. Plus précisément, les médicaments présentent un dépassement de 20 M€ se décomposant entre un dépassement de 50 M€ pour les médicaments vendus en officine de ville et une sous-exécution de 30 M€ pour les médicaments issus du circuit de la rétrocession hospitalière (délivrés en pharmacies hospitalières mais consommés en ville). Les remboursements de dispositifs médicaux dépassent de 65 M€ l'objectif rectifié en LFSS pour 2020.

Les remboursements de biologie médicale présentent un dépassement de 5 M€. Les transports de patients présentent un dépassement de 20 M€ et poursuivent leur fortes dynamiques avec une croissance de 4,2% (à périmètre constant, une partie des dépenses, correspondant aux transports entre établissements de santé, ayant été transférés à la charge des établissements en contrepartie de majorations tarifaires).

Les remboursements d'indemnités journalières dépassent l'objectif rectifié en LFSS pour 2020 de 100 M€ et poursuivent leur forte dynamique avec une croissance de 5,0% en 2019.

Enfin, les autres dépenses notamment au titre des cures thermales, et des rémunérations forfaitaires des médecins (rémunérations sur objectifs de santé public, forfait structure et forfait patientèle) présentent une sous-exécution de 50 M€.

Tableau 2 • Décomposition de l'exécution des soins de ville

en millions d'€	Montant constaté	Écarts à l'objectif rectifié en LFSS 2020
Soins de ville	91 403	20
Total hors prestations	1 007	-125
Soins de ville (prestations)	90 396	145
Honoraires médicaux et dentaire	23 118	-5
généralistes	6 211	-20
spécialistes	12 664	5
sages-femmes	354	0
dentistes	3 889	5
Honoraires paramédicaux	13 284	-5
Infirmiers	8 135	5
Masseurs-kinésithérapeutes	4 229	-20
Orthophonistes	782	-5
Orthoptistes	138	15
Laboratoires d'analyses médicales	3 554	5
Transports	4 685	20
Médicaments	24 069	20
Indemnités journalières	12 387	100
Dispositifs médicaux	7 413	65
Autres	1 885	-50

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

Les dépenses à destination des établissements de santé sont inférieures de 40 M€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020

Les dépenses relatives aux établissements de santé ont représenté 82,5 Md€ en 2019, en progression de 2,6%, soit 40 M€ de moins que l'objectif rectifié en LFSS pour 2020 et une sous-exécution de 80 M€ par rapport à l'objectif initial fixé par la LFSS pour 2019. Cette sous-exécution aurait pu être encore plus importante s'il n'avait pas été décidé, comme en 2018 et 2019, de déléguer aux hôpitaux au début de l'année 2020 une enveloppe de crédits supplémentaires de 160 M€.

Encadré 1 • Quelques précisions sur la révision des réalisations de l'ONDAM 2019

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 2019 pourrait en théorie être révisées compte tenu de leur degré de réalisation à fin mai 2020 ainsi que d'informations supplémentaires obtenues entre la clôture des comptes (à mi-mars 2020) et fin mai 2020. Cependant, en raison de la crise sanitaire et de l'impact du confinement sur l'activité des caisses d'assurance maladie, aucune réestimation du niveau des dépenses 2019 en date de soins n'a pu être réalisée depuis la clôture des comptes intervenue quelques jours avant le confinement.

Encadré 2 • La réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2019

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 l'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 2019, l'objectif était légèrement supérieur à ceux des années précédentes, soit 760 M€. Le taux de réalisation s'est globalement élevé en 2019 à 50%.

	Objectif 2019	Réalisation 2019	Taux d'atteinte
Médicaments	340	179	53%
Dispositifs médicaux	50	22	44%
Indemnités journalières	100	53	53%
Transports	75	29	39%
Honoraires paramédicaux	110	72	65%
Biologie	20	7	35%
Actes	65	14	22%
Total	760	376	49%

Note : les taux d'atteinte par sous-postes ne sont pas forcément significatifs compte tenu d'une part de la faiblesse des montants relatifs à certains objectifs initiaux et d'autre part de facteurs exogènes non prévus ayant pu affecter les dépenses en cours d'année.

Les dépenses des établissements de santé au titre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été inférieures de 75 M€ à l'objectif rectifié. L'activité de la part tarif des établissements de santé publics poursuit son ralentissement et présente une dépense inférieure de 140 M€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2020. L'activité des établissements de santé privés serait supérieure de 65 M€ à l'objectif rectifié. Ce résultat tient compte du reclassement d'une partie des dépenses de forfaits techniques d'imagerie des soins de ville vers les établissements de santé : +30 M€ pour les hôpitaux publics et +55 M€ pour les cliniques privées (mesure de périmètre entre sous-objectifs qui n'affecte pas le niveau global de l'ONDAM). Sans cette modification de périmètre, l'activité MCO des établissements publics serait inférieure de 170 M€ à l'objectif rectifié alors que l'activité MCO des établissements privés serait supérieure de 10 M€.

Les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturées en sus des séjours sont en sous-exécution de 120 M€. Plus précisément, les dépenses brutes au titre de la liste en sus enregistrent un dépassement de

60 M€ tandis que les remises pharmaceutiques afférentes ont un rendement supérieur de 180 M€ à ce qui avait été anticipé.

Par ailleurs, les dépenses au titre de l'activité des établissements privés de psychiatrie dépassent l'objectif rectifié de 20 M€. A l'inverse, les dépenses au titre de l'activité des établissements privés de soins de suite et réadaptation sont inférieures de 5 M€ à l'objectif rectifié. Avant versement des crédits complémentaires (cf. paragraphe suivant), les autres dépenses hospitalières (dotations DAF et MIGAC, dotations modulées à l'activité des établissements publics et soins hospitaliers non régulés...) sont inférieures de 20 M€ à l'objectif.

Compte tenu du ralentissement de l'activité MCO, il a été décidé au début du mois de mars 2020, dans le cadre de la fin de gestion de l'ONDAM, de déléguer 160 M€ de crédits complémentaires aux établissements de santé.

Tableau 3 : Décomposition de la sous-exécution des établissements de santé

	Objectifs 2019 rectifiés en LFSS 2020 (Md€)	Atterrissage (avant délégation) (Md€)	Délégation (en M€)	Constat (Md€)	Ecart aux objectifs rectifiés (en M€)
Etablissements de santé	82,6	82,3	160	82,5	-40
Activité et forfaits Ex-DG	39,4	39,3		39,3	-140
Activité et forfaits Ex-OQN	9,4	9,4		9,5	65
Liste en sus	5,7	5,6		5,6	-120
OQN psychiatrie	0,8	0,8		0,8	20
OQN SSR	2,4	2,4		2,4	-5
Dotations et autres dépenses	24,8	24,8	160	25,0	140

Source : ATIH & CNAM, calculs DSS/6B

Des dépenses au titre de l'ONDAM médico-social moindres que prévu

Les dépenses de l'OGD qui agrègent la contribution des régimes d'assurance maladie à la CNSA (qui correspond à l'ONDAM médico-social) et les financements propres de celle-ci, ont atteint 22,3 Md€ en 2019 en retrait de 155 M€ par rapport à l'objectif.

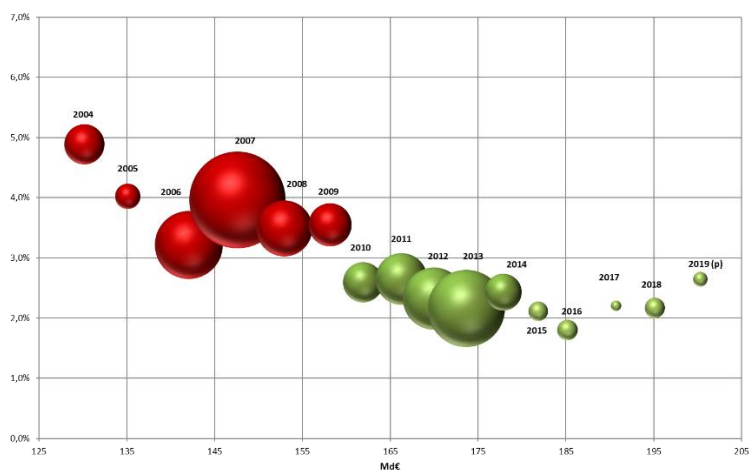
La contribution de l'assurance maladie au financement des établissements médico-sociaux s'est élevée à 20,9 Md€ en 2019, en progression de 2,3% par rapport à 2018. Ce montant se décompose en une enveloppe de 9,6 Md€ pour le secteur des personnes âgées (+3,3% par rapport à 2018), et de 11,4 Md€ pour le secteur des personnes handicapées (+1,5%). Au total cela représente 110 M€ de plus que ce qui était prévu dans la construction initiale de la LFSS pour 2019, mais 20 M€ de moins que la rectification opérée dans la LFSS pour 2020.

Un respect de l'objectifs de dépenses relatives au fonds d'intervention régional et un dépassement des « autres prises en charge »

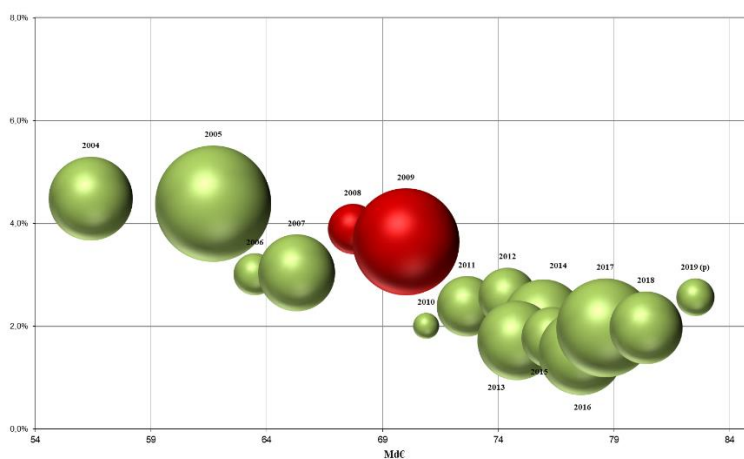
La contribution de l'assurance maladie aux dépenses relatives au FIR est portée à 3,5 Md€ en 2019, conforme à l'objectif rectifié. Le fonds a par ailleurs bénéficié de 4 M€ supplémentaires au titre des opérations de fongibilité avec les crédits hospitaliers (mesure de périmètre sans impact sur le montant global de l'ONDAM).

Les dépenses au titre du 6^e sous-objectif de l'ONDAM, relatives aux « autres prises en charge », s'élèvent à 1,9 Md€, en sous-exécution de 25 M€. Les soins des français à l'étranger présentent un dépassement de 20 M€. Les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie sont inférieures de 10 M€ à l'objectif rectifié. Enfin, les dépenses au titre de l'ONDAM médico-social spécifique (qui finance notamment les centres de soins pour toxicomanes, les centres de cures ambulatoires en alcoologie ainsi que les appartements de coordination thérapeutique) sont sous-consommées de 35 M€.

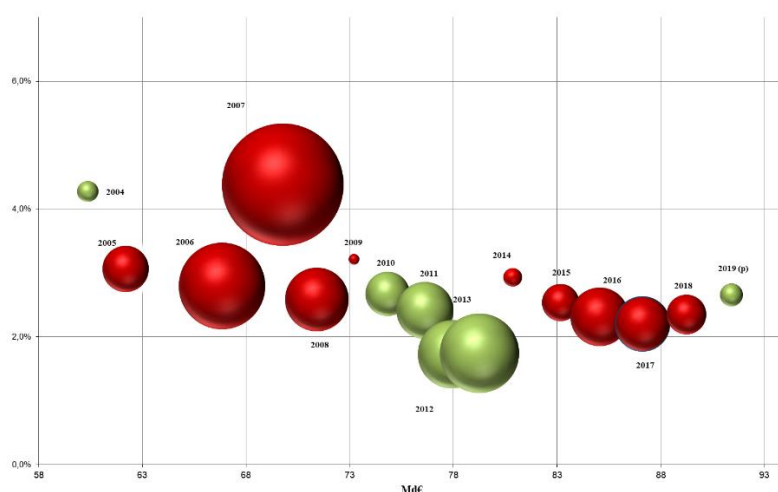
Graphique 1 • Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Graphique 2 • Evolution des dépenses relatives 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 l'écart à l'objectif initial est important, d'autant plus hautes que le taux d'évolution des dépenses est élevé et d'autant plus à droite que le montant de l'ONDAM réalisé est élevé. Les boules rouges représentent un dépassement de l'objectif initial tandis que les boules vertes représentent un niveau inférieur à cet objectif.

1.1 La consommation de soins de ville

Les dépenses de soins de ville prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de 2,7% en 2019, après 2,3% en 2018, malgré un jour ouvré de moins qu'en 2018, tirant à la baisse les dépenses de 0,1 point.

Les prestations du régime général en France métropolitaine, détaillées dans cette fiche, ont progressé de 2,5%. Les autres dépenses (prises en charge de cotisations des professionnels de santé, dotations au fonds des actions conventionnelles, aides à la télétransmission et remises conventionnelles) sont présentées dans la fiche 2.2.

Honoraires médicaux : fin de la montée en charge de la convention médicale

En 2019, les dépenses d'honoraires médicaux et dentaires ont augmenté de 1,5%, après 3,6% en 2018 et 2,7% en 2017. Ils contribuent pour seulement 16% de la croissance des prestations de ville bien qu'ils représentent 26% de la dépense.

Les dépenses de médecine générale (-0,5%) sont en net ralentissement par rapport à 2018 (+3,6%). Le volume des consultations de médecine générale décroît (-1,4%), après une année 2018 plus dynamique que les années antérieures (+2,8% contre -0,4% en moyenne entre 2010 et 2017). Cette dynamique s'explique aussi par un faible effet prix (+0,3%) traduisant la fin de la montée en charge des revalorisations tarifaires dans le cadre de la convention médicale signée en 2016.

Les remboursements d'honoraires des spécialistes ont connu une croissance de 2,1% en 2019 contre +3,6% en 2018. Ce poste contribue à hauteur de 12% à la croissance des prestations de soins de ville et représente 14% de la dépense. Ce ralentissement s'observe pour les dépenses de consultations comme pour les dépenses d'actes techniques et de scanner/IRMN. Les consultations progressent de 1,0% contre 4,0% en 2018. Les actes techniques augmentent de 2,7% en 2019 (après 3,3% en 2018 et 3,4% en 2017). Les dépenses de scanners/IRMN progressent de 1,8% (après 4,5% en 2018 et 6,9% en 2017).

Les dépenses d'honoraires des dentistes ont augmenté de 2,8% après 0,8% en 2018. Si les volumes décélèrent (+0,1% en 2019 contre +0,6% en 2018), la dépense totale est portée par les revalorisations tarifaires des soins conservateurs accordées dans le cadre de la convention dentaire et du 100% santé. Les dépenses relatives aux soins conservateurs et prothétiques présentent en conséquence des évolutions très contrastées : +11,4% en 2019 pour les soins conservateurs (contre -0,1% en 2018) se décomposant en un effet volume de +0,1% et un effet prix de +11,2%. Les soins prothétiques continuent de ralentir en 2019, à -8,8% (effet volume de -4,9% et effet prix de -4,0%) après -1,6% en 2018. Les autres soins dentaires, qui regroupent notamment les consultations, les actes chirurgicaux ainsi que les actes utilisant des radiations ionisantes, sont en hausse de 3,1% en 2019, comme en 2018.

Les dépenses au titre des honoraires de sages-femmes ont connu une dynamique particulièrement soutenue (+10,8% en 2019 contre 9,6% en moyenne entre 2010 et 2018). Ce sursaut s'explique par la revalorisation des honoraires prévue par l'avenant 4 à la convention nationale des sages-femmes portant notamment le prix de la consultation de 23 € à 25 €, à partir de janvier 2019.

Des honoraires paramédicaux toujours dynamiques

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux ont augmenté de 4,0% en 2019 après 3,8% en 2018. Elles contribuent à hauteur de 21% à la croissance des prestations de ville, alors qu'elles ne représentent que 14% de la dépense.

Les honoraires de soins infirmiers augmentent de 4,3% en 2019 comme en 2018. Les dépenses d'actes spécialisés (AIS) évoluent de +4,1% contre +3,3% en 2018. Les dépenses d'actes médico-infirmiers (AMI) restent dynamiques avec une croissance de 5,0% après 4,9% en 2018.

Les remboursements de soins de masse-kinésithérapie rebondissent en 2019 (+3,0% contre +2,7% en 2018), tirés à la hausse par les revalorisations prévues par la convention signée en 2017 et par la croissance du volume d'actes (+2,5% en 2019 contre +2,0% en 2018).

Tableau 1 • Évolution des prestations de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2018	2019	Évolution	Contrib. à la croissance	Part dans la dépense	Croissance annuelle moyenne entre 2010 et 2018
Soins de ville	74 320	76 211	2,5%	100,0%	100,0%	2,6%
Honoraires libéraux	36 518	37 253	2,0%	38,9%	48,9%	3,2%
dont						
Honoraires médicaux	19 731	20 030	1,5%	15,8%	26,3%	2,7%
généralistes	6 287	6 256	-0,5%	-1,7%	8,2%	3,1%
spécialistes	10 351	10 574	2,1%	11,7%	13,9%	2,8%
sages-femmes	268	295	10,3%	1,5%	0,4%	9,6%
dentistes	2 825	2 905	2,8%	4,2%	3,8%	1,2%
Honoraires paramédicaux	10 015	10 418	4,0%	21,4%	13,7%	5,1%
infirmières	5 868	6 121	4,3%	13,4%	8,0%	5,8%
kinésithérapeutes	3 413	3 516	3,0%	5,5%	4,6%	3,9%
orthophonistes	644	674	4,6%	1,6%	0,9%	4,6%
orthoptistes	90	108	20,2%	1,0%	0,1%	8,0%
Laboratoires	2 905	2 976	2,4%	3,7%	3,9%	0,4%
Transports de malades	3 867	3 829	-1,0%	-2,0%	5,0%	4,0%
Produits de santé	25 800	26 330	2,1%	28,0%	34,5%	1,8%
dont						
Médicaments	19 913	20 190	1,4%	14,7%	26,5%	0,9%
Médicaments de ville	17 627	18 128	2,8%	26,5%	23,8%	0,2%
Rétrocession hospitalière	2 286	2 062	-9,8%	-11,8%	2,7%	8,0%
Dispositifs médicaux	5 888	6 140	4,3%	13,3%	8,1%	5,2%
Indemnités journalières	10 798	11 347	5,1%	29,0%	14,9%	2,7%
IJ maladie	7 610	7 915	4,0%	16,2%	10,4%	2,6%
courtes (moins de 3 mois)	4 480	4 647	3,7%	8,8%	6,1%	2,6%
longues (plus de 3 mois)	3 130	3 268	4,4%	7,3%	4,3%	2,7%
IJ AT	3 188	3 431	7,6%	12,9%	4,5%	3,0%
Autres	1 204	1 281	6,4%	4,1%	1,7%	4,1%

Source : calcul DSS, données CNAM (données brutes en date de soins à fin décembre 2019).

Champ : Régime général, France Métropolitaine yc SLM.

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. 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 4 et 6).

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 présentés dans le tableau 1.

De même, les évolutions en volume présentées pour certains postes sont corrigées des jours ouvrés.

Les honoraires des orthophonistes ont augmenté de 4,6% en 2019 après 2,7% en 2018. Les honoraires d'orthoptistes présentent une dynamique toujours très forte (+20,2% en 2019 après +29,2% en 2018), portée par des hausses de tarifs et marquée par un net ralentissement des volumes de consultations (+2,1% en 2019 contre +5,9% en 2018 une fois corrigé des jours ouvrés). Cependant, la contribution de ces deux postes à la croissance des prestations de ville reste faible (moins de 3%), en raison de leur faible poids dans la dépense totale.

Les dépenses de produits de santé contribuent pour près de 30% à la croissance totale des prestations de ville

La dépense remboursée brute (c'est-à-dire avant prise en compte des remises pharmaceutiques) de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) augmente de 2,1% en 2019 (contre 1,4% en 2018). Les médicaments remboursés présentent une croissance de 1,4% en 2019 après 0,5% en 2018.

Cette dynamique masque des évolutions contrastées entre les médicaments vendus en officine de ville et ceux issus du circuit de la rétrocession, c'est-à-dire dispensés dans les pharmacies hospitalières pour une consommation en ville. En effet, l'année 2018 a été marquée par le basculement en officine de ville de plusieurs médicaments précédemment réservés aux pharmacies hospitalières. Certains de ces produits, récemment inscrits au remboursement, poursuivent leur montée en charge, notamment les traitements du cancer du sein (Ibrance®) ou encore de l'insuffisance cardiaque (Entresto®), et tirent la dynamique globale des dépenses.

Enfin, les prestations remboursées en officine de ville sont également portées par les revalorisations des marges accordées aux pharmaciens dans le cadre de l'avenant 11 à la convention pharmaceutique.

En conséquence, les dépenses de médicaments vendus en officine restent dynamiques (+2,8% en 2019). Le rendement de la maîtrise médicalisée est en deçà des objectifs fixés : 179 M€ pour un objectif de 340 M€, soit un taux d'atteinte de 53%. Les baisses de prix négociées par le comité économique d'évaluation des produits de santé (CEPS) s'établissent par ailleurs à 1,0 Md€ en 2019. La fiche 3.5 du présent rapport présente un bilan détaillé de la dynamique des médicaments dispensés en officines de ville en 2019.

Symétriquement (et toujours en raison des transferts entre circuits de distribution), les dépenses au titre des médicaments de la rétrocession ont diminué de 11,8% en 2019 (après une diminution de 17,8% en 2018).

Les dispositifs médicaux restent dynamiques (+4,3%), malgré un léger ralentissement par rapport aux années précédentes (+5,2% en moyenne entre 2010 et 2018), en raison notamment de la fin de la montée en charge du dispositif d'autocontrôle du diabète Freestyle Libre®. Le rendement de la maîtrise médicalisée est également en deçà des objectifs fixés : 22 M€ pour un objectif de 50 M€, soit un taux d'atteinte de 45%. Les dispositifs médicaux contribuent pour environ 13% à la croissance totale des prestations alors qu'ils ne représentent que 8% de la dépense.

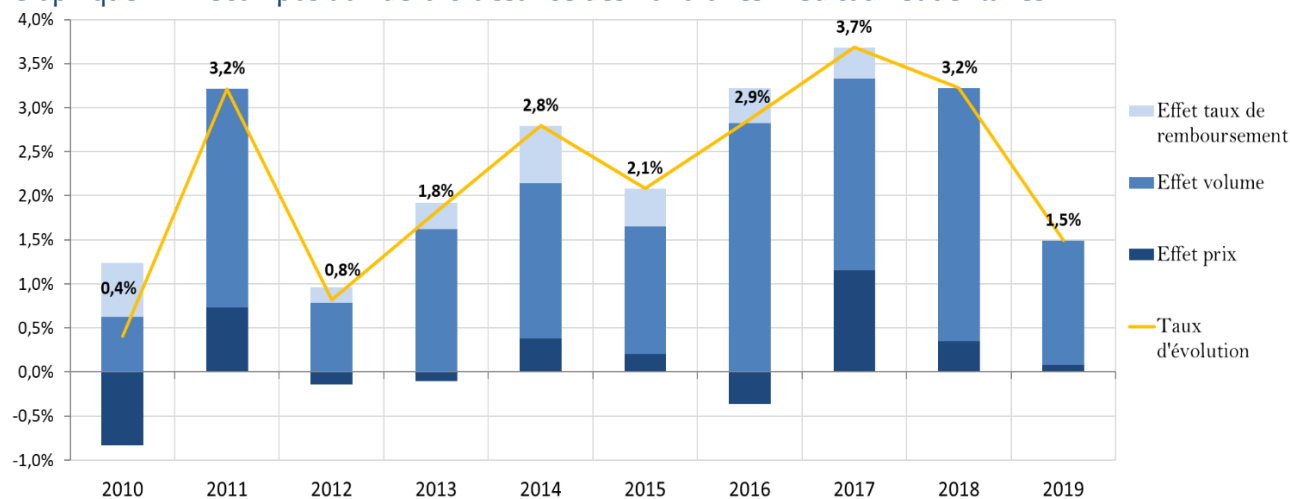
Une dynamique toujours forte des indemnités journalières en 2019

Les indemnités journalières (IJ) augmentent de 5,1% en 2019 après 4,4% en 2017 et 2018. Elles contribuent à hauteur de 29% à la croissance des prestations de ville alors qu'elles ne représentent que 15% de la dépense totale. Cette dynamique est portée à la fois par les arrêts maladie et par les arrêts pour accidents de travail et maladie professionnelle. Les arrêts maladie de moins de trois mois sont en hausse de 3,7% après 3,2% en 2018 et 3,6% en 2017, en raison notamment d'un nombre toujours croissant d'arrêts (+2,1% en 2019 après correction des jours ouvrés).

Les IJ maladie de plus de trois mois progressent de 4,4% après 4,1% en 2018 et 4,4% en 2017, soutenues là encore par une progression du nombre d'arrêts (2,6% après 2,5% en 2018 une fois corrigé des jours ouvrés).

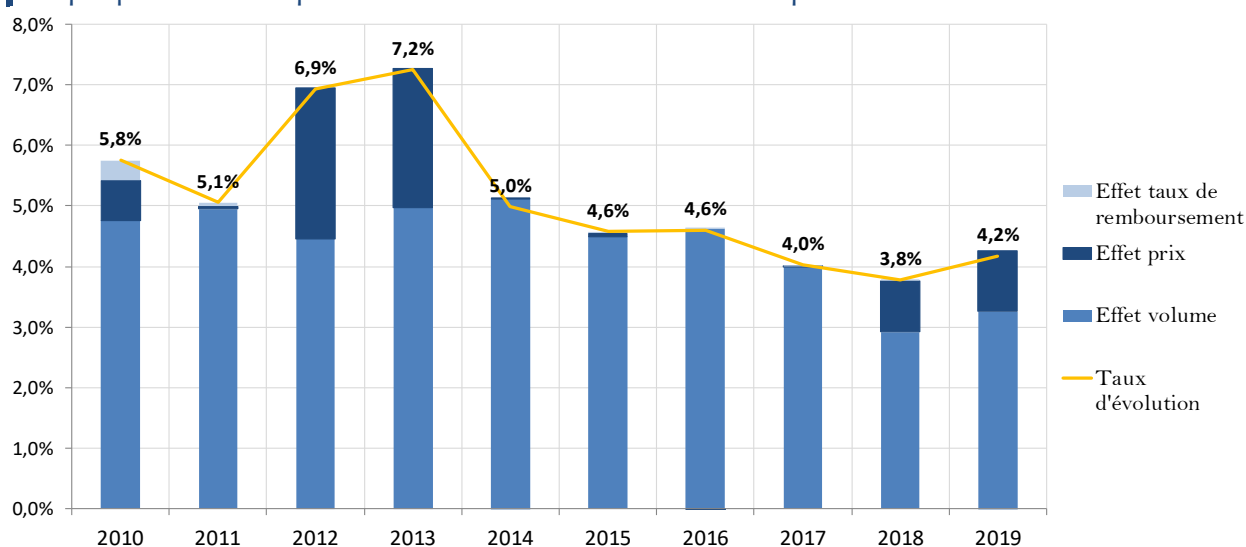
Les IJ pour accidents de travail et maladies professionnelles continuent d'accélérer (7,6% après 6,5% en 2018 et 5,6% en 2017), en raison d'un nombre d'arrêts en forte progression (5,8% après 4,8% en 2018).

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



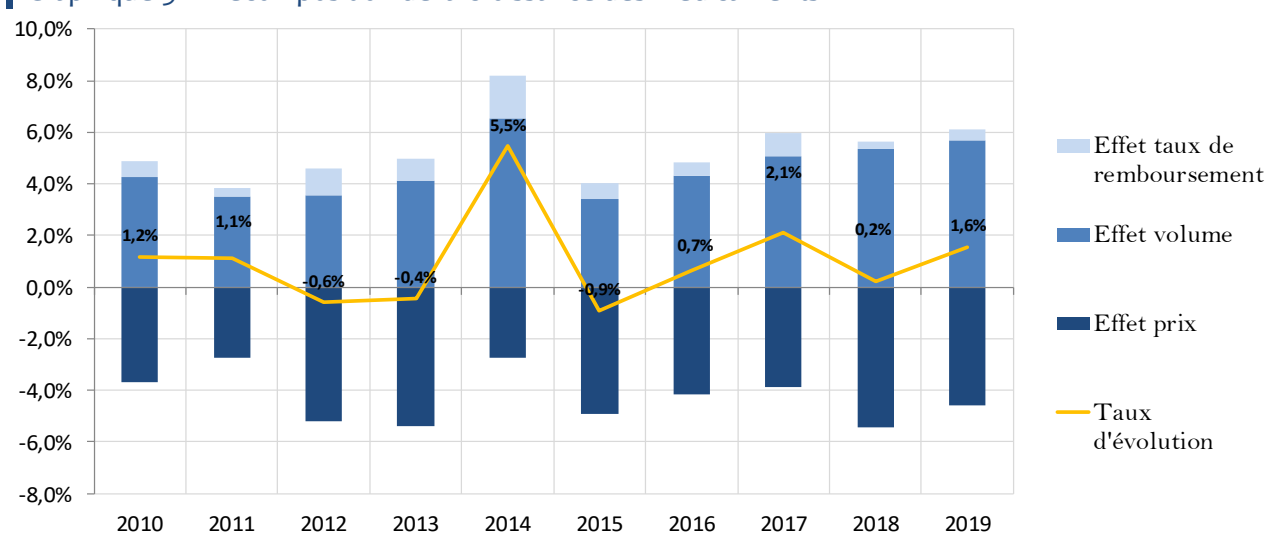
Source : CNAM

Graphique 2 • Décomposition de la croissance des honoraires paramédicaux



Source : CNAM

Graphique 3 • Décomposition de la croissance des médicaments



Source : CNAM

Une partie de la croissance des arrêts AT-MP est portée par la modification de la date de reconnaissance des maladies professionnelles. En effet, l'article 44 de la LFSS pour 2018 prévoit que la reconnaissance des victimes de maladie professionnelle débute à compter de la première constatation médicale de la maladie alors qu'elle démarrait auparavant à la date du « certificat médical initial » établissant un lien entre la pathologie et l'activité professionnelle. Par ailleurs, les mesures de maîtrise médicalisée sur les indemnités journalières ont généré des économies évaluées à 53 M€ en 2019, pour un objectif de 100 M€.

Les dépenses de biologie médicale en hausse en 2019

Les dépenses remboursées en biologie médicale croissent de 2,4% en 2019 après avoir reculé de 0,9% en 2018. Ce taux d'évolution est supérieur à la trajectoire fixée par le protocole 2017-2019 conclu entre les biologistes et l'assurance maladie qui prévoyait une hausse de dépenses de 0,25% par an (cf. fiche 3.7). On a en effet constaté un dépassement de 20 M€ des dépenses dans le champ du protocole. En outre, les actes nouvellement inscrits au remboursement et pour l'essentiel non régulés par le protocole ont connu une croissance importante en 2019, portée principalement par l'inscription au remboursement du dépistage prénatal non invasif. Le volume d'actes a progressé de 4,3% contre 2,7% en 2018.

Par ailleurs, les actions de maîtrise médicalisée ont permis d'infléchir le volume de dépense de biologie médicale de 7 M€ (sur un objectif de 20 M€, soit un taux d'atteinte de 37%).

A périmètre constant, une croissance toujours vive des dépenses de transports de patients

Les dépenses de transports sanitaires diminuent de 1,0% en 2019, en rupture par rapport aux années précédentes (+2,3% en 2018, +3,9% en 2017). Cet infléchissement s'explique par le transfert des dépenses de transports inter-établissements de l'enveloppe des soins de ville vers celle des établissements de santé (article 80 de la LFSS 2017). Le montant de ce transfert est estimé à 230 M€ pour l'année 2019. En neutralisant l'impact de ce transfert, l'évolution des dépenses de transports de patients serait de 4,2%.

Les dépenses de taxis augmentent de 2,3% en 2019 après 6,0% en 2018, contribuant pour 0,9 point à la croissance totale des dépenses de transports sanitaires, et voient leur part dans la dépense de transport de patients augmenter d'un point, à 43% en 2019. Cette croissance s'explique par un effet volume à nouveau très dynamique (+6,0%), contrebalancé par un effet prix négatif (-3,7%). En effet, 2019 marque la première année d'application du protocole signé entre les fédérations nationales de taxis et l'Uncam, qui fixe, pour la période 2019-2024, les règles tarifaires encadrant les négociations des conventions locales. Le rendement des économies dans le cadre du protocole est supérieur en 2019 de 5 M€ à l'objectif, fixé à 60 M€.

Les ambulances présentent une dynamique en volume de +4,9% (contre +2,4% en moyenne entre 2010 et 2018). Elles voient leur part dans la dépense diminuer (36% en 2019 contre 38% en 2018).

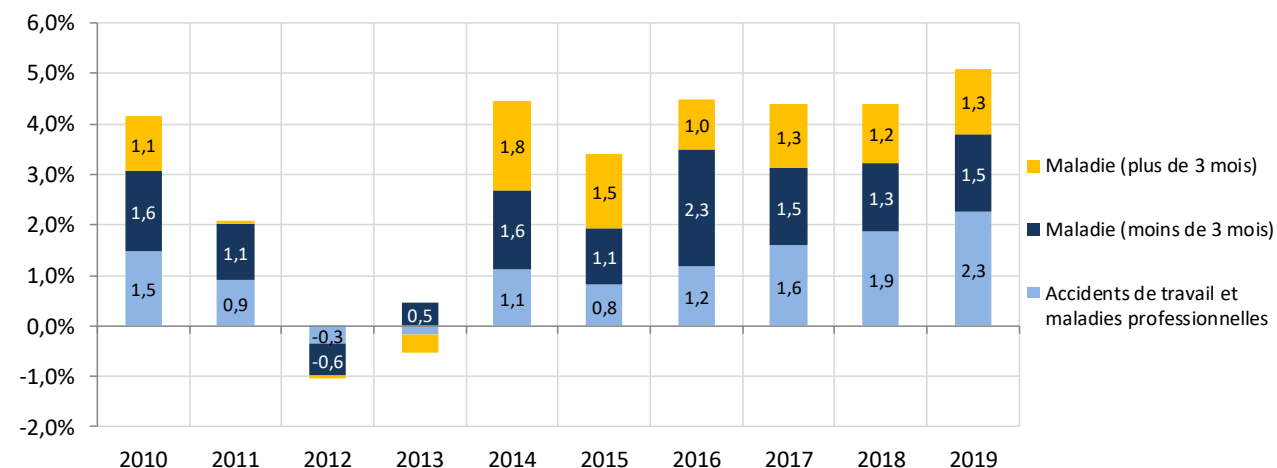
Les véhicules sanitaires légers (VSL) ont vu leur volume de dépense croître de 1,2% en 2019, alors qu'il diminuait de 0,6% en moyenne entre 2010 et 2018.

Les dépenses d'autres transports (véhicules personnels, service mobile d'urgence et de réanimation...) ont vu leur volume croître de 1,9% en 2019. Ces modes de transports ne représentent que 2,5% de la dépense des transports sanitaires.

Les transports de patients sont très majoritairement utilisés par des personnes souffrant d'affections de longue durée et exonérées à ce titre du ticket modérateur : en conséquence, le taux de remboursement moyen par l'assurance maladie atteint 95% en 2019.

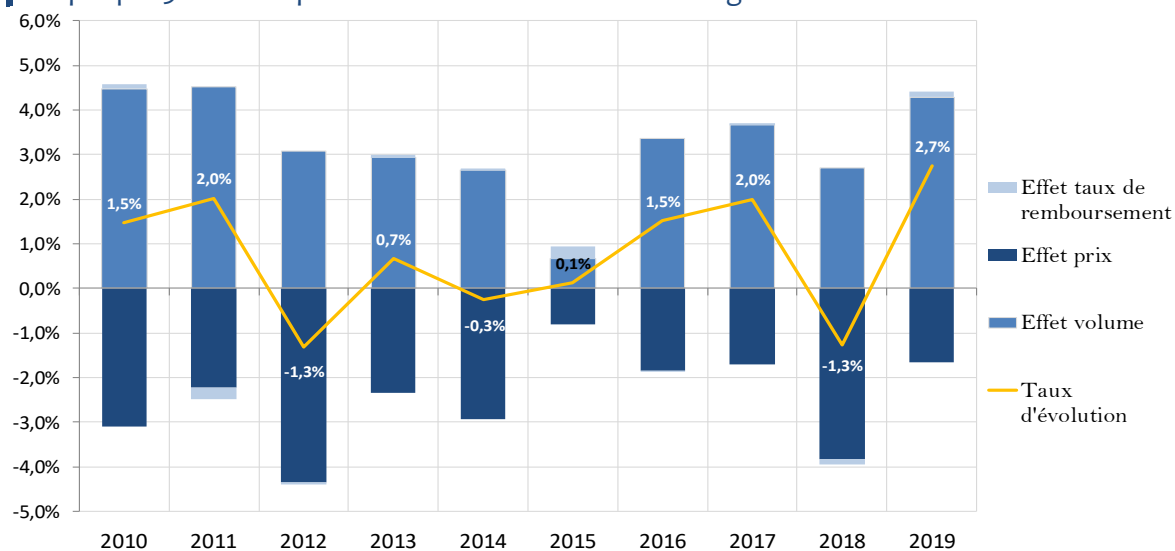
Enfin, les actions de maîtrise médicalisée ont permis d'infléchir le volume de dépense de 29 M€ (sur un objectif de 75 M€, soit un taux d'atteinte de 39%).

Graphique 4 • Décomposition de la croissance des indemnités journalières



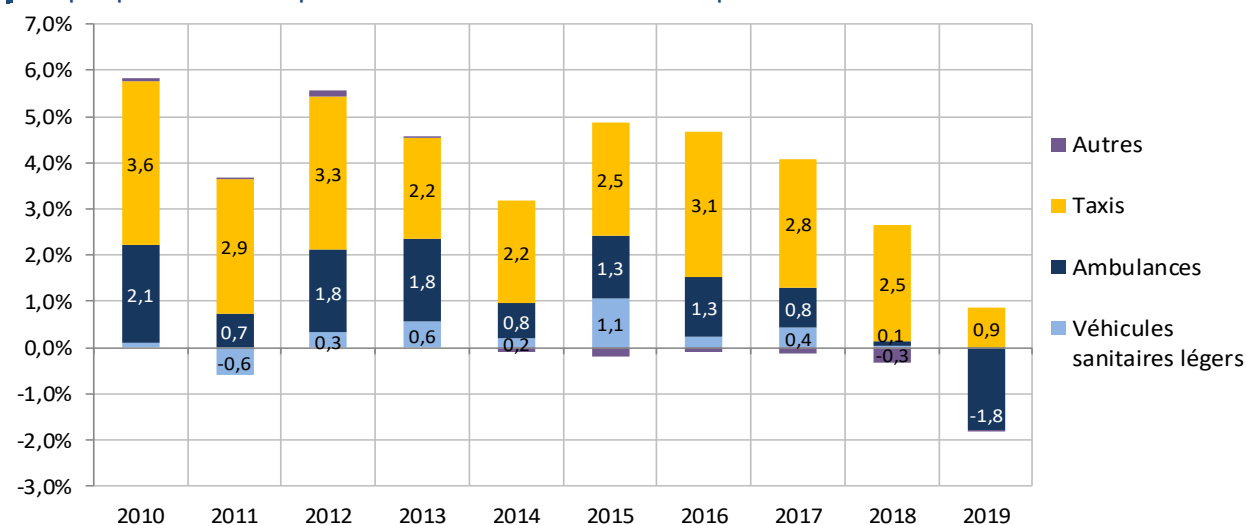
Source : CNAM

Graphique 5 • Décomposition de la croissance de la biologie médicale



Source : CNAM

Graphique 6 • Décomposition de la croissance des transports sanitaires



Source : CNAM

2.3 De l'ONDAM aux comptes du régime général

En 2019, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM ont atteint 200,3 Md€ tous régimes. Elles diffèrent des charges nettes comptabilisées par la branche maladie (216,6 Md€) pour plusieurs raisons, détaillées dans cette fiche :

- l'ONDAM ne retient pas les charges de gestion courante, financières ou exceptionnelles, ni certaines prestations versées par la branche maladie qui ne sont pas strictement liées au risque maladie (cf. fiche 2.5), comme les indemnités journalières maternité ou les pensions d'invalidité. Il retient, hors branche maladie, les dépenses d'indemnités journalières AT-MP ;
- l'ONDAM tient compte de certains produits venant minorer les dépenses (recettes dites « atténuatives »), comme les remises sur les produits de santé versées par les laboratoires à l'assurance maladie ;
- les charges comptables de l'année N sont établies définitivement lors de la clôture des comptes en mars N+1, en intégrant des provisions pour les dépenses encore incertaines, tandis que l'ONDAM est actualisé ultérieurement en fonction des derniers constats sur les dépenses de l'année N ;
- plus marginalement, les comptes du régime général ne couvrent pas une part, minime, des dépenses de santé des autres régimes, qui sont intégrées dans l'ONDAM.

Le champ de l'ONDAM diffère de celui des prestations maladie retracées dans les comptes de la CNAM

L'ONDAM est très majoritairement composé de prestations (97% en 2019), mais retrace aussi certains transferts (3%) : prises en charge de cotisations des professionnels de santé, qui sont comptablement des transferts entre régimes de sécurité sociale, et dotations à des fonds et organismes. 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.

De plus, l'ONDAM n'intègre pas l'ensemble des prestations des branches maladie et AT-MP, quand elles n'ont pas de lien direct avec le risque maladie : ainsi, les prestations ONDAM représentent 91,6% des prestations servies par la CNAM en 2019. Les autres prestations (essentiellement les IJ maternité, les prestations d'invalidité et les rentes AT-MP) sont présentées dans la fiche 2.5.

Enfin, l'ONDAM est un objectif « tous régimes » qui a vocation à suivre les dépenses y compris hors régime général. Toutefois, 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 entrant dans le champ de l'ONDAM (plus de 99%). Les écarts subsistants (0,9 Md€ en 2019) tiennent aux prestations qui sont exclues du périmètre de la PUMA (prestations en nature plus favorables que dans le droit commun et indemnités journalières maladie des régimes autres que la CNAM et le régime des salariés agricoles), aux dépenses AT-MP de l'ONDAM hors régime général et aux dépenses relevant de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

L'ONDAM est actualisé avec les dernières informations disponibles, postérieurement à la clôture des comptes

Les prestations figurant dans les comptes des régimes retracent 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, qui peut s'avérer *in fine* sous- ou surestimée.

L'ONDAM retient une approche dite économique des dépenses : les remboursements afférents aux soins de l'année N sont actualisés postérieurement à la clôture des comptes de l'année N, en tenant compte des informations remontant dans les comptes des années ultérieures (cf. encadré 1 de la fiche 2.2). Cette actualisation est également effectuée pour les remises au titre des produits de santé : une partie de ces remises fixées par convention entre le CEPS et les exploitants de produits de santé peut concerner en effet des exercices passés. Les remises payées au titre des exercices antérieurs sont rattachées aux ONDAM correspondant alors qu'elles sont enregistrées d'un bloc dans les comptes.

Le tableau 1 présente les dépenses du régime général PUMA dans une approche économique (à date, prenant en compte les remontées comptables 2020) et ses écarts avec l'approche comptable. En 2019, les charges

comptables nettes des recettes atténuatives (remises sur les produits de santé et taxe sur les organismes complémentaires) sont inférieures aux dépenses nettes constatées dans l'approche économique de l'ONDAM de 0,13 Md€.

La surestimation des provisions 2018 au titre des soins de ville diminue les charges comptables 2019 de 0,17 Md€ par rapport à l'ONDAM. Par ailleurs, les dépenses afférentes aux dettes contractées par l'assurance maladie pour les soins des Français à l'étranger au titre des années antérieures et comptabilisées en 2019 ont été revues à la hausse, *via* une augmentation de la provision 2019 de 23 M€, sans impact sur l'ONDAM 2019. Enfin, l'écart entre comptes et ONDAM au titre des remises conventionnelles s'élève à 14 M€ en 2019.

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

en millions d'euros

	2017		2018		2019				
	Eco.	Compt.	Eco.	Compt.	Eco.	Compt.	Ecart	Evol Eco. (%)	Evol compt. (%)
PRESTATIONS	184 905	185 137	189 435	189 675	194 456	194 331	-125	2,7	2,5
Soins de ville	84 994	84 926	87 502	87 666	89 800	89 629	-171	2,6	2,2
SDV en nature	74 262	74 220	76 061	76 179	77 756	77 591	-165	2,2	1,9
SDV en espèces	10 732	10 706	11 441	11 488	12 044	12 038	-6	5,3	4,8
Etablissements publics et privés	78 604	78 854	80 166	80 182	82 273	82 287	14	2,6	2,6
Etablissements publics	64 772	65 014	66 073	66 097	67 683	67 730	48	2,4	2,5
Etablissements privés	13 832	13 839	14 093	14 085	14 590	14 556	-34	3,5	3,3
Etablissements médico-sociaux	20 563	20 564	20 987	20 994	21 553	21 563	10	2,7	2,7
ONDAM Pers. âgées*	9 047	9 047	9 247	9 247	9 576	9 576	0	3,5	3,5
ONDAM Pers. handicapées*	10 949	10 949	11 149	11 149	11 356	11 356	0	1,9	1,9
Autres	567	568	590	597	621	630	10	5,2	5,6
Soins des français à l'étranger	745	793	779	834	830	853	23	6,5	2,3
AUTRES DEPENSES SOINS DE VILLE	2 693	2 706	2 781	2 767	2 991	3 003	12	7,6	8,6
Prise en charge cot. PAM	2 326	2 339	2 348	2 359	2 529	2 541	12	7,7	7,7
FAC + ANDPC	182	182	186	186	190	190	0	2,3	2,3
Aides à la télétransmission	117	117	171	145	190	190	0	11,0	30,9
Subvention Teulade	68	68	76	76	81	81	0	7,0	7,0
AUTRES DEPENSES	3 671	3 674	4 195	4 195	4 653	4 653	0	10,9	10,9
Dépenses relatives au FIR	3 240	3 244	3 333	3 333	3 513	3 513	0	5,4	5,4
FMESPP	59	59	449	449	647	647	0	44,1	44,1
FISS			0	0	3	3	0	++	++
ONIAM	107	107	125	125	155	155	0	24,0	24,0
Autres participations et subventions	264	264	288	288	336	336	0	16,6	16,6
RECETTES ATTENUATIVES	-1 664	-1 547	-2 147	-2 263	-2 730	-2 747	-17	27,2	21,4
Remises conventionnelles	-1 518	-1 401	-1 916	-2 033	-2 433	-2 447	-14	27,0	20,4
Participation UNOCAM	-146	-146	-231	-231	-297	-300	-4	28,6	30,2
TOTAL CHAMP ONDAM PUMA	189 605	189 969	194 264	194 374	199 371	199 241	-130	2,6	2,5
Prestations spécifiques et régimes hors PUMa	1 101	1 067	927	1 016	920	918	-2	-0,8	-9,7
TOTAL CHAMP ONDAM	190 706	191 036	195 191	195 390	200 291	200 159	-132	2,6	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 2020).

Source : DSS/SDEPF/6A

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

en millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%
PRESTATIONS CHAMP ONDAM	185 137	189 675	2,5%	194 331	2,5%
dont maladie	177 556	181 790	2,4%	186 161	2,4%
dont maternité	3 691	3 679	-0,3%	3 681	0,0%
dont AT-MP	3 890	4 206	8,1%	4 489	6,7%
PRESTATIONS CHAMP HORS ONDAM	17 281	17 591	1,8%	17 870	1,6%
dont maladie	9 210	9 528	3,5%	9 696	1,8%
dont maternité	3 195	3 231	1,1%	3 299	2,1%
dont AT-MP	4 877	4 833	-0,9%	4 874	0,9%

Source : DSS/SDEPF/6A

2.4 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 tout ou partie de 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.

Au total, les prestations hors ONDAM des branches maladie et AT-MP du régime général se sont élevées à 17,9 Md€ en 2019, en hausse de 1,9% (cf. tableau 1).

Les pensions d'invalidité et les rentes AT-MP freinées par leur faible revalorisation en 2019

En 2019, les pensions d'invalidité servies par la branche maladie du régime général se sont élevées à 6,6 Md€, en hausse de 2,2% (cf. tableau 2), évolution un peu en retrait par rapport à 2018 (+2,5%). L'effet volume s'est élevé à 1,7%, comme en 2018, mais les revalorisations des pensions d'invalidité, de 1,0% au 1^{er} avril 2018 puis limitées à 0,3% au 1^{er} avril 2019, n'ont contribué qu'à hauteur de 0,5 point à la croissance des dépenses sur l'année (contre un effet de revalorisation de 0,8% en moyenne annuelle en 2018).

En 2019, la progression de la dépense de rentes AT-MP a été très contenue (+0,4% après une augmentation de 1,2% en 2018). La revalorisation a joué pour 0,5% en moyenne annuelle, limitée par la sous-indexation opérée en avril 2019 (cf. tableau 3), alors que le volume de rente a été quasiment stable en 2019 (-0,03%).

Les dépenses d'indemnités journalières de maternité accélèrent en 2019

Les indemnités journalières maternité et paternité ont représenté une dépense de 3,3 Md€ en 2019 (cf. tableau 4). Ces prestations ont accéléré (+2,1% après +1,1% en 2018) malgré une natalité qui reste orientée à la baisse. Cette accélération est due à deux mesures de la LFSS pour 2019 : à titre principal l'harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes qui se traduit par un allongement de la période de versement des indemnités (jusqu'à 16 semaines comme pour les salariées), et à titre secondaire, le prolongement du congé paternité pour les parents d'un enfant prématuré (mesures de la LFSS pour 2019).

Tableau 1 • Décomposition des prestations hors ONDAM

En millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%	contrib
PRESTATIONS SOCIALES HORS ONDAM	17 281	17 591	1,8	17 870	1,6	1,6
Prestations d'invalidité	6 333	6 490	2,5	6 630	2,2	0,8
Prestations d'incapacité permanente (AT-MP)	4 295	4 347	1,2	4 367	0,4	0,1
Préretraite amiante (ACAATA)	351	318	-9,6	287	-9,6	-0,2
IJ maternité et paternité	3 195	3 231	1,1	3 299	2,1	0,4
Soins des étrangers (conventions internationales)	857	868	1,3	865	-0,4	0,0
Actions de prévention	451	455	0,8	518	14,0	0,4
Prestations légales décès	102	105	2,6	103	-1,4	0,0
Prestations extralégales	144	131	-9,3	132	0,5	0,0
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	1 298	1 368	5,4	1 400	2,4	0,2
Etablissements médico-sociaux PH hors OGD	46	57	23,2	57	-0,1	0,0
Autres prestations, provisions nettes et pertes sur créances	209	222	6,3	212	-4,8	-0,1

Source : DSS/SDEPF/6A.

Note : afin d'assurer la comparabilité des exercices, l'année 2017 est recalculée pour tenir compte de l'intégration des prestations spécifiques qui figuraient jusqu'en 2017 dans les comptes du régime des indépendants

Tableau 2 • Les pensions d'invalidité

En millions d'euros

	2017	2018	2019
MONTANTS NETS	6 333	6 490	6 630
Progression en valeur	2,5%	2,5%	2,2%
dont revalorisation	0,3%	0,8%	0,5%
dont effet volume *	-0,3%	1,7%	1,7%
dont réforme des retraites	2,5%	0,0%	0,0%

Source : DSS/SDEPF/6A.

* Cet effet regroupe plusieurs composantes dont le salaire de référence pris en compte pour le calcul de la pension, 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

	2017	2018	2019
MONTANTS NETS	4 295	4 347	4 367
Progression en valeur	-0,5%	1,2%	0,4%
dont revalorisation	0,3%	0,8%	0,5%
dont effet périmètre FCAT		0,2%	
dont effet volume*	-0,7%	0,2%	0,0%

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

	2017	2018	%	2019	%
TOTAL INDEMNITES JOURNALIERES	3 195	3 231	1,1	3 299	2,1
IJ maternité	2 960	2 994	1,2	3 058	2,1
IJ paternité et d'accueil de l'enfant	235	236	0,3	241	2,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

A compter de 2018, le régime des indépendants est intégré aux comptes du régime général. Le compte 2017 est ainsi recalculé pour obtenir des évolutions à champ comparable.

Les dépenses d'actions de prévention en forte hausse en 2019

En 2019, les dépenses de prévention ont fortement augmenté, passant d'une progression de 0,8% en 2018 à 14% pour l'année. La sous-exécution des crédits du FNPEIS et du FNPAT de 2018 du fait de la signature tardive des conventions d'objectif et de gestion a été suivie d'un important rebond, notamment au titre des aides financières aux entreprises pour la prévention des accidents du travail qui ont presque triplé entre 2018 et 2019. Les dépenses du fonds de lutte contre les addictions (ex-fonds tabac) ont progressé de 5,3%.

La contribution de la CNSA a progressé au même rythme que l'ONDAM global

La contribution de la CNSA au financement des dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD) a progressé de 2,4% en 2019, après 5,4% en 2018. La LFSS pour 2020 a rectifié de 130 M€ à la hausse l'ONDAM médico-social 2019, ce qui est venu réduire d'autant le besoin de financement par la CNSA (ce qui s'est traduit par un moindre prélèvement sur ses réserves).

Les charges liées aux fonds amiante (FCAATA et FIVA) ont diminué en 2019

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

En 2019, les dépenses de la CNAM-AT relatives à ces fonds ont poursuivi leur baisse. La dotation au FIVA a été ramenée à 260 M€, soit une baisse de 10 M€ par rapport à 2018. Les dépenses du FCAATA ont quant à elles perdu 9,9%, s'établissant à 517 M€.

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 2019 (-9,6%, cf. tableau 5). Cette contraction de la dépense traduit un nombre d'entrées dans le dispositif nettement inférieur au nombre de sorties.

La CNAM-AT prend en outre en charge le surcroît de dépenses, pour la CNAV, de pensions lié aux départs anticipés au titre de l'amiante. Cette dépense, après une forte progression lors de la montée en charge du dispositif en 2016 et 2017, diminue en 2018 et 2019 avec la baisse du nombre de nouveaux bénéficiaires.

Un montant de dépenses d'indemnisation du FIVA qui reste stable en 2019

Si les charges du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ont diminué en 2019 (-3%), les dépenses d'indemnisation - qui en constituent la majeure partie - sont en revanche restées stables pour s'établir à 300 M€ environ (cf. tableau 6). Le nombre d'offres d'indemnisation faites aux victimes (6 140) est resté proche de celui de 2018 et le nombre de propositions d'indemnisation faites aux ayants-droit (nettement moins coûteuses) ont légèrement diminué (-6%) pour s'établir à 8 651.

Le stock de dossiers en instance de traitement par le FIVA décomptés en fin d'année, qui s'était beaucoup résorbé les années précédentes, a en revanche augmenté en 2019 pour atteindre 2 180 dossiers. Cette accumulation s'explique en partie par le mouvement social affectant les transports en fin d'année 2019 qui a eu un impact négatif sur l'activité du fonds.

Pour disposer d'un fonds de roulement (FDR) 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 50 M€). Compte tenu du niveau élevé du FDR en 2016 (152 M€), le montant de la dotation de la branche AT-MP avait été réduite en 2017, de 430 M€ à 250 M€, conduisant à une variation négative du FDR. Une dotation du même ordre a été reconduite en 2018 (270 M€) puis ajustée en 2019 (260 M€). Compte tenu de la stabilité des dépenses d'indemnisation, le FDR à fin 2019 est proche de son niveau de 2018, de l'ordre de 100 M€ (cf. tableau 6).

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 à ux 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 maintenance. 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					
	2017	2018	%	2019	%
CHARGES	890	844	-5,2	777	-7,9
Au titre du FCAATA	640	574	-10,3	517	-9,9
Allocation ACAATA	351	318	-9,6	287	-9,6
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	78	70	-10,8	63	-9,8
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	77	67	-13,3	63	-6,9
Transfert à la CNAV au titre de la compensation des départs dérogatoires	125	112	-10,3	98	-12,3
Autres charges du FCAATA gérées par la CDC	1	1	6,6	0	--
Charges de gestion	7	7	-9,3	6	-12,2
Contribution de la CNAM-AT au FIVA	250	270	8,0	260	-3,7
PRODUITS (droits de consommation sur les tabacs)	35	0	--	1	++
IMPACT SUR LE RESULTAT NET DE LA CNAM-AT	1 088	844		776	

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 indemnités 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		
	2018	2019
CHARGES	362	351
Dépenses d'indemnisation	302	302
Provisions	52	41
Charges exceptionnelles	0	0
Autres charges	8	9
PRODUITS	366	361
Subvention Assurance Maladie	270	260
Subvention Etat	8	8
Reprises sur provisions	50	56
Autres produits	38	37
Résultat	4	10
Investissements	0	1
Variation du fonds de roulement	6	-6
Fonds de roulement N	101	95

Sources : FIVA jusqu'en 2019

2.5 Les prestations de retraite des régimes alignés

Les pensions servies par les régimes alignés¹ se sont élevées à 135,2 Md€ en 2019 (cf. tableau 1), soit une hausse de 2,3% par rapport à 2018. Trois facteurs expliquent l'évolution des dépenses de pensions :

- la hausse 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 qui a atteint 1,3 cotisant pour un retraité au régime général au milieu de la décennie 2010 contre 1,6 au début des années 2000 (cf. graphique 2). Toutefois, le relèvement progressif, entre 2011 et 2017, de l'âge légal s'est traduit par un ralentissement des départs en retraite, atténué néanmoins par les assouplissements successifs de la retraite anticipée pour carrière longue². Le décalage de l'âge du taux plein automatique, qui a débuté cinq ans plus tard, tend également, mais dans une moindre mesure, à retarder les départs en retraite (cf. encadré 2). Au total, le ratio démographique du régime général s'améliore légèrement ces dernières années (1,35 depuis 2018) ;

- la croissance de la pension moyenne des retraités, hors revalorisation (effet pension moyenne ou noria) : les nouveaux retraités ont des pensions en moyenne plus élevées, 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 et mesures successives (cf. encadré 1).

Les prestations de retraite toujours dynamiques mais freinées en 2019 par leur revalorisation limitée à 0,3%

Les prestations servies par les régimes alignés ont crû de 2,3% en 2019 après 2,9% en 2018. Ce ralentissement résulte aussi bien de celui des pensions de droits propres (+2,7% après 3,1% en 2018), qui représentent 90% des prestations versées, que de celui des pensions de droits dérivés (+0,6% après 1,0%). Les autres prestations nettes ont aussi contribué au ralentissement des prestations retraite, en raison de la baisse des provisions au titre du traitement des dossiers en attente de calcul du minimum contributif.

Le ralentissement des pensions s'explique principalement par la revalorisation des pensions limitée à 0,3% en application de la LFSS 2019, mais également par des effectifs de nouveaux retraités légèrement moins dynamiques.

Une génération entière peut partir à la retraite à l'âge légal en 2019 mais les coefficients dits de « solidarité » et le décalage de l'âge du taux plein automatique ont minoré les liquidations

Après une forte augmentation en 2018 à la suite de l'achèvement du décalage de l'âge légal de 60 à 62 ans, le nombre de retraités des régimes alignés a légèrement marqué le pas en 2019 (+1,5% après +1,7% en 2018 ; cf. graphique 1). Ainsi, 470 000 nouveaux pensionnés ont liquidé leur pension au seul régime général en 2019, hors retraite anticipée, après 490 000 en 2018, soit une baisse de -4,1%, qui s'explique par deux mécanismes.

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 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, intégré financièrement à la CNAV). La présente fiche couvre ces deux régimes. 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).

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

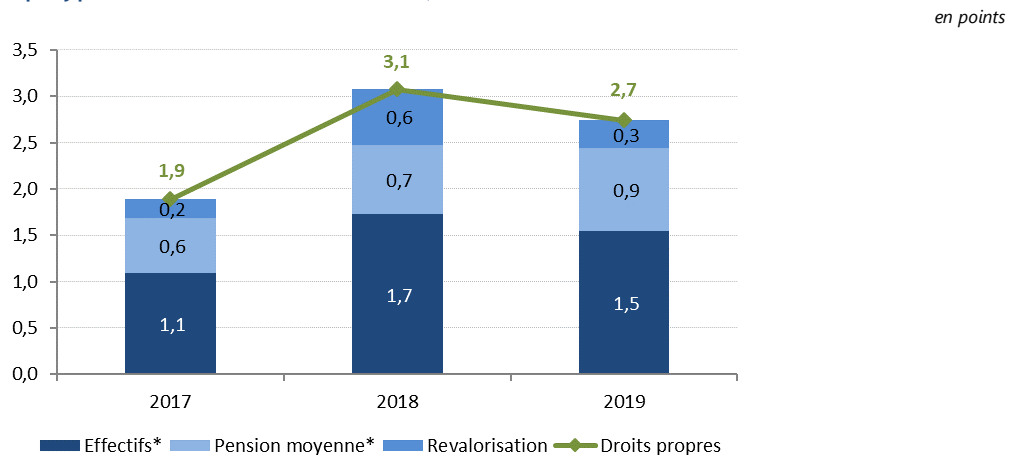
en millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%	Structure
Régimes alignés	128 450	132 150	2,9	135 216	2,3	
Droits propres	115 313	118 858	3,1	122 113	2,7	90%
Droits dérivés	12 910	13 043	1,0	13 117	0,6	10%
Autres prestations nettes	227	250	10,3	-14	--	0%

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

Note de lecture : les autres prestations nettes incluent diverses prestations (veuvage, versement forfaitaire unique, paiements hors électroniques) et les dotations nettes aux provisions pour prestations légales ainsi que les pertes sur créances irrécouvrables. Cette catégorie progressait fortement depuis 2016 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.

Graphique 1 • Contribution des différents facteurs à l'évolution des droits propres, en neutralisant les doubles comptes des polypensionnés à la MSA salariés, à l'ex RSI et à la CNAV

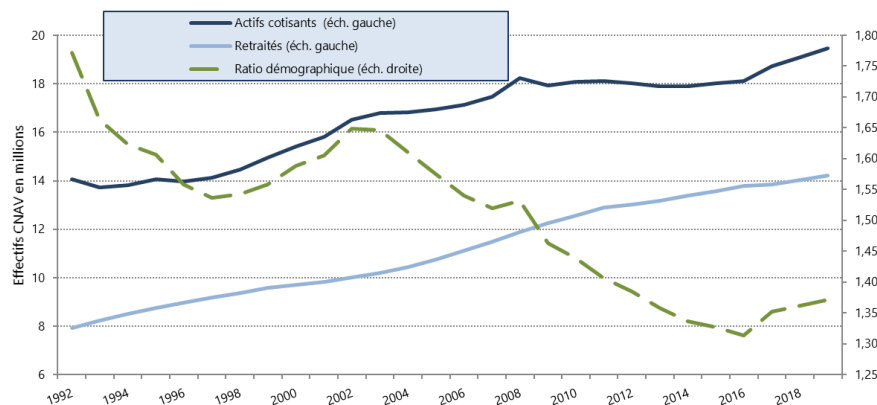


Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV – SSI – MSA

Note de lecture : en 2019, la hausse de la pension moyenne contribue à hauteur de 0,9 point à la hausse totale des droits propres de 2,7%

* Les effets volume et pension moyenne présentés ici diffèrent de ceux présentés dans les rapports précédents (y compris pour 2017), en raison d'une révision des séries utilisées : sont désormais présentées des données neutralisées des doubles comptes de polypensionnés dans les trois régimes alignés.

Graphique 2 • Ratio cotisants sur retraités de la CNAV



Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV et Insee

Champ : France métropolitaine.

Note : le nombre d'actifs cotisants de la CNAV est estimé à partir de l'effectif d'emploi salarié de l'Insee, dont on déduit les effectifs des régimes salariés autres que le régime général et ceux bénéficiant d'exonérations totales de cotisations du régime général.

Tableau 2 • Les retraites anticipées pour carrières longues (RALC) au régime général

Champ : les seuls salariés du régime général	2017	%	2018	%	2019	%
Nombre de bénéficiaires d'une RALC en moyenne annuelle	310 880	19,9	286 140	-8,0	252 869	-11,6
Masses de pensions RALC en M€	3 336	19,7	3 284	-1,6	2 986	-9,1
Contribution de la RALC à l'évolution des DP de la CNAV	0,5		-0,1		-0,2	

Source : DSS/SDEPF/6A – CNAV

D'une part, le décalage progressif de l'âge du taux plein automatique de 65 à 67 ans freine légèrement les liquidations, avec un effet plus fort en 2019 qu'en 2018 (cf. encadré 2). D'autre part, la mise en œuvre en 2018 des coefficients dits de « solidarité » à l'Agirc-Arrco aurait conduit une minorité des personnes ayant atteint l'âge légal à décaler la date de liquidation de leur pension¹. Ces deux effets auraient conduit à minorer les masses de prestations de respectivement 0,1 Md€ et 0,2 Md€ en 2019, expliquant à eux seuls la baisse de 0,2 point de la contribution des effectifs à la croissance des prestations (cf. graphique 1).

Par ailleurs, la LURA conduit à minorer le nombre de liquidations en prévoyant la liquidation de la totalité de la pension dans le dernier régime d'activité pour les personnes nées à partir du 1^{er} janvier 1953 (cf. encadré 3). Elle conduit également à augmenter les pensions liquidées par chaque régime, qui reflètent dorénavant la carrière effectuée dans l'ensemble des régimes alignés. À terme, la LURA augmentera légèrement les masses de pensions servies par le régime des salariés agricoles et diminuera légèrement celles servies par le régime général (cf. fiche 3.2 du rapport de septembre 2018). Ce transfert de prestations entre régimes est encore peu visible actuellement mais monte en charge à mesure que les nouvelles générations liquident leurs droits.

La revalorisation des pensions, limitée à 0,3% en 2019, a contribué à ralentir la progression des masses de prestations

La revalorisation des pensions a été limitée, en application de la LFSS, à 0,3% en 2019, alors qu'elle aurait atteint 1,6% en application des modalités habituelles de revalorisation, fondées sur l'inflation. Cette revalorisation est inférieure à celle observée en 2018 (+0,6 point en moyenne annuelle après 0,2 point en 2017 ; cf. graphique 1), qui avait été affectée par le décalage de la date de revalorisation des pensions du 1^{er} octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019 décidé en LFSS pour 2018.

Enfin, l'augmentation de la pension moyenne, essentiellement due à l'effet noria, tire la croissance des prestations à hauteur de 0,9 point : la pension annuelle moyenne du flux de nouveaux retraités au régime général s'est élevée à 8 287 €² tandis que celle du flux de décédés était de 7 169 €. La pension moyenne de l'ensemble des retraités du régime général a atteint 7 695 € après 7 637 € en 2018 (soit +0,8%).

Les pensions pour retraite anticipée ont poursuivi leur repli en 2019

Les pensions versées au titre de la retraite anticipée pour carrière longue (RACL) ne représentent qu'une petite fraction des pensions servies : leur montant s'est établi à 3,0 Md€ en 2019 pour les salariés du régime général. Après une décennie de progression du fait de plusieurs vagues d'assouplissement des conditions de départ en retraite anticipée, les pensions versées à ce titre ont amorcé une baisse en 2018 (-1,6%), qui s'est confirmée et amplifiée en 2019 (-9,1%) : les retraités des générations ayant bénéficié massivement du dispositif à partir de 2013 sont en effet désormais nombreux à en sortir.

Ainsi, alors que les masses de prestations versées au titre de la retraite anticipée avaient connu un pic en 2017, contribuant à hauteur de 0,5 point à l'évolution des pensions de droits propres versées cette année-là (cf. tableau 2), les dépenses de la CNAV au titre de la RACL avaient amorcé leur baisse en 2018, en diminuant de 2%. Ce repli provient de la nette diminution des effectifs de bénéficiaires : ceux-ci avaient atteint un pic en 2017 (311 000 bénéficiaires) et décroissent depuis pour s'établir à 253 000 en 2019. Ce repli s'explique par le tarissement des flux de nouveaux bénéficiaires : ils diminuent fortement depuis 2018 (-12% en 2018 puis -11% en 2019 ; cf. graphique 4). Ces moindres flux d'entrée dans le dispositif sont notamment la conséquence de l'augmentation d'un trimestre de la durée d'assurance cotisée nécessaire pour bénéficier de la retraite anticipée à partir de la génération 1958 (en application de la loi du 20 janvier 2014).

¹ La CNAV estime à ce stade qu'environ 20 000 individus auraient pu partir à la retraite à l'âge légal en 2019 mais auraient fait le choix de décaler ce départ pour éviter de voir le montant de leurs pensions complémentaires diminué pendant trois ans, mais cette estimation provisoire sera affinée lorsque l'on disposera de davantage de recul.

² Les pensions moyennes sont exprimées en euros constants 2017 pour leur montant annuel.

Encadré 1 • La revalorisation des pensions

La date de revalorisation des pensions des régimes de base 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 calculé 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 calculé 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 a été nulle au 1^{er} octobre et l'effet de la revalorisation des pensions en moyenne annuelle ne s'est donc élevé qu'à 0,6% en 2018, alors qu'il aurait été de 0,85% hors mesure.

La revalorisation annuelle des pensions versées par la CNAV a été fixée à 0,3% au 1^{er} janvier 2019, par dérogation du taux prévu par le code de la sécurité sociale et en application de l'article 68 de la LFSS pour 2019.

Enfin, au 1^{er} janvier 2020, les pensions des retraités percevant une pension mensuelle brute totale inférieure à 2000 € ont été revalorisées de 1,0%, tandis que celles des retraités au-delà de ce seuil ont été revalorisées de 0,3% (LFSS pour 2020).

Détail du calcul de la revalorisation des pensions

	2017	2018	2019
Prix hors tabac estimés pour l'année N			
estimé en août N-1 / juillet N	1,0		
estimé en décembre N-1 / novembre N	-	1,6	1,0
Coefficient de revalorisation			
au 1 ^{er} octobre	0,8	-	-
au 1 ^{er} janvier		-	0,3
Revalorisation en moyenne annuelle	0,2	0,6	0,3

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 3). 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^{ème} 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^{ème} 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	
janv	fevr	11	1							avr	9	3							fevr	11	1				
fevr	mars	10	2							mai	8	4							mars	10	2				
mars	avr	9	3							juin	7	5							avr	9	3				
avr	mai	8	4							juil	6	6							mai	8	4				
mai	juin	7	5							août	5	7							juin	7	5				
juin	juil	6	6							sept	4	8							juil	6	6				
juil	dec	1	11							oct	3	9							août	5	7				
août				janv	12					nov	2	10							sept	4	8				
sept				fevr	11	1				dec	1	11							oct	3	9				
oct				mars	10	2							janv	12					nov	2	10				
nov				avr	9	3							fevr	11	1				dec	1	11				
dec				mai	8	4				oct	3	9							janv	12					
N mois par année	7			5		2			10			9			3			4			8		11		
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 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).

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

En effet, à compter de 2016, le relèvement de l'âge du taux plein automatique de 65 à 67 ans a commencé à produire des effets sur les masses de pensions versées. Ce décalage pour les générations 1951 à 1955 suit une évolution similaire à celle 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, en plus du frein induit par le relèvement de l'âge légal, les masses de pensions versées ont aussi été infléchies par le relèvement de l'âge du taux plein automatique qui 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 (85).

En 2018, l'effet baissier du relèvement de l'âge du taux plein automatique a été moindre avec 10/12^{ème} d'une génération pouvant partir à l'âge du taux plein automatique et une population moyenne de bénéficiaires en paiement plus élevée (106 nouveaux mois).

En 2019, le relèvement de l'âge du taux plein automatique a infléchi l'évolution des masses de pensions versées de manière un peu plus marquée sans que cet effet ne soit massif : le nombre total de nouveaux mois en paiement n'a été que de 90 pour 9/12^{ème} d'une génération autorisée à partir.

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 : régimes des salariés agricoles (MSA salariés), et régime général des indépendants (ex-RSI).

Description de la réforme

La liquidation unique des régimes alignés (LURA) a été instaurée par la loi du 20 janvier 2014. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017 pour la génération 1953. 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 des 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. Ses effets sont décrits dans la fiche 3.2 de la CCSS de juin 2018.

En prévoyant la liquidation dans un seul régime avec un calcul unique de la durée d'assurance, cette réforme harmonise les règles de liquidation des pensions pour les assurés, sans impact financier majeur (60 M€ d'économie en 2018). En particulier, depuis la LURA, un assuré polypensionné ne peut plus valider plus de quatre trimestres sur une année, ni bénéficier d'un coefficient de proratisation supérieur à l'unité en cumulant les durées d'assurance dans les trois régimes alignés. En sens inverse, un assuré polypensionné bénéficiera du 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 en cumulant annuellement l'ensemble de ses revenus salariaux (y compris agricole) et issus de son activité d'indépendant.

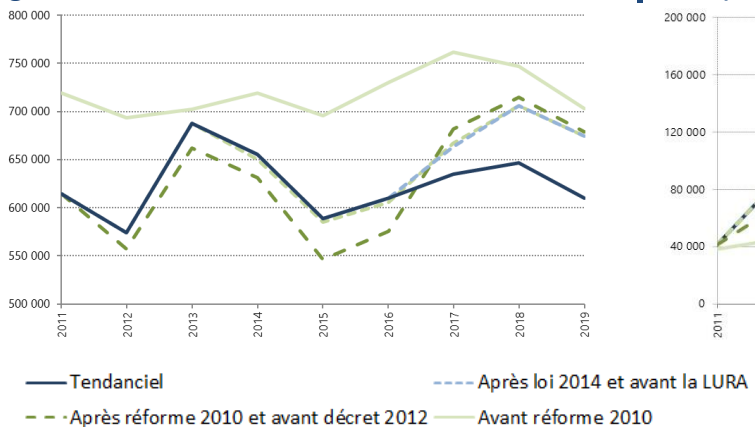
Impact de la réforme sur les dépenses des régimes

La LURA modifie sensiblement les montants de pension moyenne, les effectifs et donc les dépenses des régimes concernés. En effet, la LURA conduit mécaniquement à une baisse des effectifs de retraités comptabilisés au sein de chaque régime, les retraités n'étant plus comptés plusieurs fois dans des régimes différents.

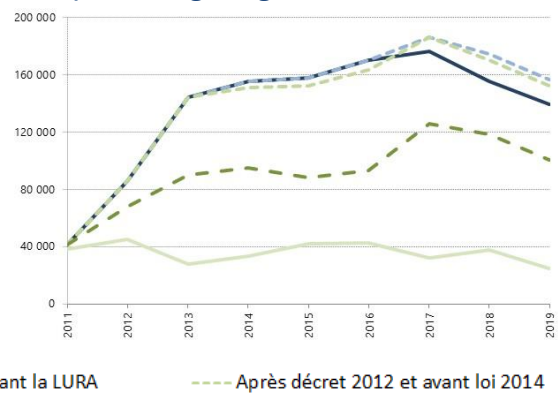
De même, comme les pensions liquidées par chaque régime refléteront la carrière effectuée dans l'ensemble des régimes alignés, les pensions à la liquidation seront sensiblement supérieures à la situation hors réforme (une seule pension sera versée par un régime unique contre deux ou trois pensions versées séparément auparavant).

Ces effets de la LURA conduisent à analyser l'évolution des prestations de retraite au sein de l'ensemble des régimes alignés plutôt que dans chaque régime pris séparément.

Graphique 3 • Flux total de départs au régime général



Graphique 4 • Flux de départs en retraite anticipée 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.

2.6 Les prestations familiales

En 2019, le montant total des prestations sociales financées par la CNAF s'élève à 42,2 Md€, en hausse de 0,4% comme en 2018 (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 ou le congé paternité.

La présente fiche se concentre sur les prestations légales, les autres dépenses étant analysées dans la fiche 4.5. L'essentiel de ces prestations est constitué des prestations d'entretien en faveur de la famille (60%) et plus du tiers (36%) correspond aux aides à la petite enfance regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). L'évolution des 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).

Entre 2015 et 2017, les dépenses de prestations légales ont diminué chaque année, sous l'effet notamment des réformes de la politique familiale, de la baisse de la natalité et d'une diminution significative du recours à la Prepa. En 2018, les prestations légales sont reparties à la hausse (+0,2%) en raison du regain d'inflation et des revalorisations exceptionnelles prévues dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté de 2013¹.

En 2019, elles ont diminué (-0,3%) du fait essentiellement d'une limitation par la LFSS pour 2019 de la revalorisation automatique des prestations.

Les prestations freinées par une revalorisation limitée à 0,3%

En 2019, les prestations d'entretien ont ralenti (+0,6% après 2,0%) du fait de la fin des revalorisations exceptionnelles prévues dans le cadre du plan pauvreté de 2013 et d'une revalorisation des prestations limitée à 0,3% au 1^{er} avril 2019 (LFSS pour 2019), alors qu'elle aurait atteint 1,6% selon les modalités de revalorisation habituelles, sur la base de l'inflation hors tabac entre février 2018 et janvier 2019. En moyenne annuelle, la revalorisation des prestations s'est ainsi établie à 0,5% au lieu de 1,5%. Cette mesure a généré une économie de 0,3 Md€, et freiné la dynamique globale des prestations légales à hauteur de -0,9 point.

Toutes les prestations d'entretien ont ralenti : les allocations familiales (+0,1% après +0,9% en 2018), le complément familial (+2,0% après +6,9%), l'allocation de soutien familial (+2,7% après +5,7%) et l'allocation de rentrée scolaire (+0,1% après +0,9%). Au total, ces prestations ont contribué pour 0,4 point à la croissance des prestations légales (cf. tableau 2).

Les prestations relatives à la petite enfance ont continué à décroître

En 2019, les prestations consacrées à la petite enfance ont continué leur décline, mais un rythme moindre qu'en 2018 (-2,4% après -3,3%), freinant de 0,9 point l'évolution globale des prestations. Cette dynamique est liée à celle du nombre de naissance qui recule depuis 5 ans mais à un rythme qui ralentit au fil des années (-2,4 % en 2015, -1,9 % en 2016, -1,8 % en 2017, -1,4 % en 2018 et -0,7 % en 2019). Cette tendance baissière s'explique également par la diminution du recours au congé parental depuis l'entrée en vigueur de la Prepa, qui marque cependant le pas (-6,0% après -20,5% en 2018). Enfin, l'allocation de base a fortement diminué en raison de la montée en charge de l'alignement des plafonds et montants de l'allocation de base sur ceux, plus faibles, du complément familial, réduisant les dépenses de la PAJE à hauteur de 0,2 Md€.

Les autres prestations ont été très dynamiques

Les autres prestations servies par la branche famille (essentiellement l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ont continué à être très dynamiques, même si leur progression a été moins forte qu'en 2018 (+4,9% après +7,3%). Ces prestations ont été principalement tirées par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (+6,0%) dont le nombre de bénéficiaires a crû fortement (+5,5%) et, dans une moindre mesure, par l'allocation journalière de présence parentale (+5,4%). Au total, elles ont contribué pour 0,2 point à la croissance des prestations légales.

¹ Ce plan prévoyait une revalorisation de 25% de l'ASF et de 50% du complément familial majoré entre 2014 et 2018.

Tableau 1 • Dépenses de prestations financées par la CNAF

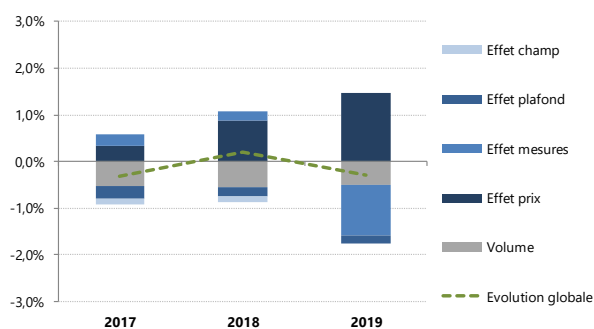
	2017	%	2018	%	2019	%	Structure 2019
Prestations d'entretien en faveur de la famille	18 374	1,8	18 742	2,0	18 854	0,6	60%
Allocations familiales	12 594	0,6	12 701	0,9	12 719	0,1	40%
Complément familial	2 138	6,5	2 286	6,9	2 331	2,0	7%
Allocation de soutien familial	1 631	6,7	1 724	5,7	1 771	2,7	6%
Allocation de rentrée scolaire	2 013	0,9	2 031	0,9	2 034	0,1	6%
Prestations d'accueil du jeune enfant (PAJE)	11 892	-3,8	11 501	-3,3	11 230	-2,4	36%
Primes à la naissance ou à l'adoption	589	-2,8	566	-3,9	553	-2,3	2%
Allocation de base	3 776	-4,0	3 625	-4,0	3 374	-6,9	11%
Allocations versées pendant le congé parental (CLCA, Prepare)	1 233	-22,2	980	-20,5	922	-6,0	3%
Complément mode de garde - assistante maternelle	5 588	-0,1	5 551	-0,7	5 549	0,0	18%
dont cotisations prises en charge	3 233	0,6	3 213	-0,6	3 226	0,4	10%
dont rémunérations prises en charge	2 355	-1,2	2 339	-0,7	2 323	-0,7	7%
Complément mode de garde - employé à domicile	281	2,4	285	1,4	272	-4,4	1%
dont cotisations prises en charge	161	2,1	162	0,4	155	-4,5	0%
dont rémunérations prises en charge	119	2,8	123	2,6	117	-4,4	0%
Complément mode garde - structures	425	16,4	493	15,9	560	13,8	2%
Autres prestations	1 174	3,2	1 260	7,3	1 322	4,9	4%
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	938	6,2	1 000	6,6	1 060	6,0	3%
Allocation de présence parentale	81	7,0	91	12,5	96	5,4	0%
Frais de tutelle des mineurs	57,6	-2,0	57,6	0,0	58,1	0,8	0%
Autres prestations	97	-18,5	111	14,6	108	-3,3	0%
Total des prestations légales financées par la CNAF*	31 440	-0,3	31 502	0,2	31 406	-0,3	100%
Majorations pour enfants à charge	4 778	0,7	4 864	1,8	4 927	1,3	
Prestations extralégales	5 431	6,3	5 435	0,1	5 615	3,3	
Congé paternité	263	-2,0	262	-0,3	263	0,3	
TOTAL PRESTATIONS** FINANCEES PAR LA CNAF	41 912	0,6	42 063	0,4	42 211	0,4	

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

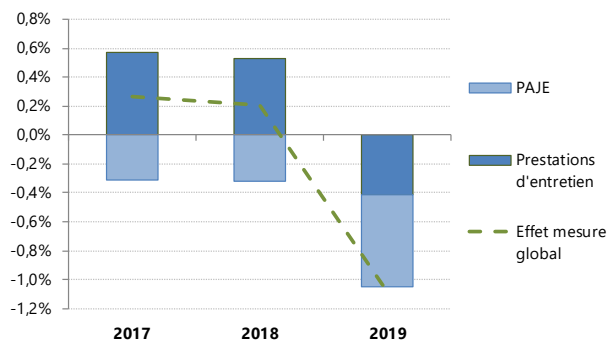
(*) Sont aussi présentées ici, à titre indicatif, les dépenses plus larges que les seules prestations légales : les majorations de pensions pour enfants à charge ainsi que le congé paternité sont comptablement des transferts de la branche famille vers les autres branches. Ces charges, ainsi que les prestations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

Note : la mesure de revalorisation limitée à +0,3% des prestations sociales décidées en LFSS pour 2019 est ici incluse dans « l'effet mesures ». Ce dernier se serait élevé à -0,3 point en l'absence de limitation de la revalorisation. Réciproquement, l'effet des revalorisations serait diminué de 0,9 point, sa contribution atteignant -0,6.

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

	en points		
	2017	2018	2019
Prestations d'entretien	1,0	1,2	0,4
Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)	-1,5	-1,2	-0,9
Autres prestations	0,1	0,3	0,2
Evolution du FNPF hors logement	-0,3%	0,2%	-0,3%

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** (ou **effet prix**) mesure l'impact de sa revalorisation selon les modalités habituelles prévues dans le code de la sécurité sociale (cf. *infra*), 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). En 2019, la LFSS pour 2019 a limité la revalorisation des prestations à 0,3% contre 1,6% pour l'inflation constatée entre février 2018 et janvier 2019.

En 2019, la revalorisation a contribué à hauteur de 1,5 point à la croissance globale des prestations. L'effet de la revalorisation limitée a été intégré dans les mesures (cf. ci-dessous).

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

	2017	2018	2019
Inflation constatée de février N-1 à janvier N	0,3%	1,0%	1,6%
Revalorisation au 1 ^{er} avril	0,3%	1,0%	0,3%
Revalorisation en moyenne annuelle	0,3%	0,8%	0,5%

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 entrées en vigueur 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. En 2019, les mesures ont contribué à hauteur de -1,1 point à la croissance globale des prestations et s'explique essentiellement par la revalorisation limitée à 0,3% (-0,9 point).

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'AEEH, contrecoup de 2015 de la charge à payer non-comptabilisée en 2015 au titre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). En 2019, cet effet est marginal.

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. En 2019, l'effet plafond est négatif et contribue pour -0,2 point à l'évolution des prestations.

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.

En 2019, l'effet volume a contribué négativement à l'évolution totale des prestations à hauteur de 0,5 point en raison notamment de la baisse des naissances.

3. ECLAIRAGES

3.1 Financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

Près de deux tiers des 21,6 Md€ de dépense publique annuelle au titre de la perte d'autonomie sont orientés vers les résidents en établissement, vivant pour 80% d'entre eux en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ou EHPAD (Cf. fiche 3.3 du rapport CCSS de septembre 2019). Ceux-ci offrent ainsi un hébergement permanent pour près de 600 000 personnes âgées ayant besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie. Le financement de ces établissements repose sur trois sections : soins, dépendance et hébergement. Les dotations **soins (7,9 Md€)** et **dépendance (3,6 Md€)** sont financées respectivement à 100% et 70% par les administrations publiques. Elles sont ajustées en fonction des besoins des résidents de chaque établissement, selon un barème national pour la section soins et départemental pour la section dépendance. En revanche les recettes de la section **hébergement (13,6 Md€)**, principalement à la charge des résidents, sont plus hétérogènes d'un établissement à l'autre, conséquence d'un mode de fixation du tarif d'hébergement plus libre, en particulier dans les établissements privés à but lucratif.

Les chiffres clés du secteur

585 000 places d'hébergement permanent en EHPAD

En 2015, les EHPAD représentent 80% de l'offre d'hébergement en établissement médicosocial pour personnes âgées. Suivent les résidences autonomie et les unités de soins de longue durée (USLD), qui offrent respectivement 110 000 et 34 000 places (14% et 4% de l'offre). Les EHPAD relèvent de 4 statuts juridiques :

Tableau 1 • Places en EHPAD, par statut juridique

	Nombre	Part
Publics hospitaliers	127 000	22%
Publics non hospitaliers	160 000	27%
Privés à but non lucratif	168 000	29%
Privés à but lucratif	130 000	22%
Ensemble	585 000	100%

Source : CNSA ; calculs DSS.

Les résidents en EHPAD : des femmes âgées pour les trois quarts

Ceci est lié au fait qu'elles sont plus souvent seules au grand âge, ayant une espérance de vie plus importante et étant en moyenne plus jeunes que leur conjoint.

L'âge moyen d'entrée en établissement a atteint 85 ans et 8 mois en 2015. Il est en constante progression depuis la création des EHPAD, sous l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie et des politiques publiques en faveur du maintien à domicile.

Le taux d'institutionnalisation progresse à partir de 75 ans et dépasse 30% après 90 ans (Cf. tableau 2).

Le taux d'occupation des EHPAD est de 97% en 2015 mais le délai d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée en établissement reste faible en raison de la durée de séjour : les résidents qui ont quitté un EHPAD au cours de l'année 2015 sont restés en moyenne 2 ans et cinq mois dans ce dernier. Ainsi, l'attente était d'au plus un mois pour 60% des nouveaux résidents de 2015.

Tableau 2 • Taux d'institutionnalisation fin 2015

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et plus
Femmes	1%	1%	3%	8%	18%	34%	48%
Hommes	1%	1%	2%	5%	10%	21%	32%
Ensemble	1%	1%	3%	6%	15%	30%	45%

Source : Drees-EHPA (2015), Insee-RGP.

380 000 ETP en EHPAD

A la fin 2015, 433 000 personnes travaillent en EHPAD, pour près de 380 000 équivalents temps-plein (ETP) dont la moitié est constitué de personnel soignant. Le personnel est en outre très majoritairement féminin (87%). Près de la moitié des EHPAD déclarent rencontrer des difficultés de recrutement fin 2015, notamment sur les postes d'aides-soignants. Dans près des deux tiers d'entre eux, des postes sont non pourvus depuis plus de six mois. L'intérim, qui représente 3 300 postes par an, n'apporte qu'une réponse partielle (0,9% des ETP). Le rapport de 2019 consacré au plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge constatait que ces métiers sont mal rémunérés, avec des conditions d'exercice difficiles. La forte pénibilité se traduit par un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles trois fois supérieur à la moyenne nationale.

Les financements publics se concentrent sur les sections soins et dépendance

L'assurance maladie, premier financeur public

En 2018, les recettes des EHPAD représentent 25 Md€, dont la moitié à la charge du résident ou de ses proches (Cf. graphique 1).

L'assurance maladie est le premier financeur public, et couvre 28% du coût associé aux EHPAD. Les départements, chefs de file des politiques autonomie, sont le deuxième financeur public (2,7 Md€). La CNSA et l'Etat participent de manière plus marginale.

120 € par jour et par résident en EHPAD

Le budget des EHPAD est segmenté en trois sections. Le budget soins permet de financer le personnel soignant et les équipements médicaux. Le budget dépendance est attribué aux prestations d'aide et de surveillance. Ces sections représentent en moyenne par jour et par résident respectivement 38 € et 17 €, dont 80% couvrent les charges de personnels d'accompagnement, soit 60% des ETP en EHPAD. Enfin, la section hébergement qui représente plus de la moitié du coût journalier moyen par résident (66 €), couvre les frais d'hôtellerie, de restauration et d'animation. 40% du personnel relève de cette section.

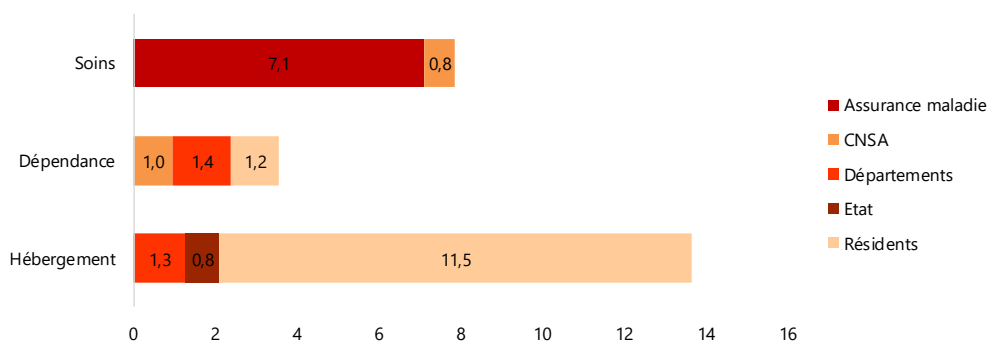
Au total, en 2018, le coût d'une place en EHPAD s'élève en moyenne à 120 €, par jour et par résident, y compris le reste à charge du résident.

12,4 Md€ de dotations publiques

Les prestations de soins en EHPAD se sont élevées en 2018 à 7,9 Md€ hors financements de nouvelles places¹. Elles sont couvertes en totalité par l'objectif global des dépenses personnes âgées (OGD), financé à 90% par l'assurance maladie via l'ONDAM médico-social et à 10% par la CNSA sur ses recettes propres.

Les prestations relatives à la section « dépendance », 3,6 Md€, sont financées aux deux tiers par l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (APA-E), soit 2,5 Md€. Cette allocation est financée pour partie par la CNSA (1 Md€ en 2018) et pour partie par les conseils départementaux (1,5 Md€). Le tiers restant (1,1 Md€) incombe aux ménages. En effet, tous les résidents en EHPAD s'acquittent au moins d'un montant forfaitaire de 5,6 € par jour, appelé « talon ».

Graphique 1 • Coût par financeurs et sections tarifaires (en Md€)



Note : année 2018 - dotation soin en hébergement permanent (hors autres modes d'accueil, autres dotations et soins de ville).

Source : CNSA, Drees et DSS ; calculs DSS

Encadré 1 • Méthodologie et sources de données

L'objectif de la présente fiche est la reconstitution de l'ensemble des financements de l'hébergement au sens large en EHPAD. Plus précisément, le champ retenu est celui de l'hébergement permanent, qui représente plus de 95% des capacités d'accueil de ces établissements. Les difficultés d'ordre méthodologique rencontrées diffèrent en fonction des sections tarifaires.

Pour ce qui est de la section soins, les données de l'outil de pilotage de la tarification soins (mises à disposition par la CNSA), sont exhaustives. En revanche, l'absence de données macroéconomiques sur les restes-à-charge des résidents rend impossible l'utilisation directe de données agrégées pour appréhender les coûts liés aux sections dépendance et hébergement. Pour ces deux sections, il a fallu reconstituer des coûts en agréant les données disponibles au niveau des établissements (via le portail internet « pour les personnes âgées »). Puisque ces données sont incomplètes (8% de non réponse), leur mobilisation a nécessité une complétion par imputation. Des travaux de corroboration avec les données macroéconomiques ont ensuite été effectués pour vérifier la cohérence des résultats. Cette fiche s'appuie en outre sur des données fournies par la DARES et la DREES, notamment ER 1015, 1067, Dossiers de la Drees 1 et 20, data.drees EHPA.

Des dotations soins et dépendance qui visent un ajustement aux besoins

Fin 2015 (Cf. encadré 2), une réforme majeure du financement des sections soins et dépendance a été votée visant l'homogénéisation des dotations sur le territoire et une meilleure prise en compte des besoins de prise en charge des résidents.

Compte tenu de l'impact sur les recettes des EHPAD (avec une minorité d'établissements qui voient leurs dotations diminuer), cette nouvelle tarification est mise en place

progressivement entre 2017 et 2023 : c'est la convergence tarifaire.

S'agissant de la section soins, on constate une augmentation de la dotation pour la quasi-totalité des établissements (93% en 2018, calculs DSS).

S'agissant de la section dépendance, on estimait à 220 M€ au total le gain pour les EHPAD en insuffisance de financement et à 180 M€ la perte globale pour les EHPAD

¹ Par ailleurs, une partie des dépenses de soins des résidents est financée par l'enveloppe « soins de ville » de l'ONDAM, pour couvrir des dépenses de médicaments ainsi que des honoraires de personnels paramédicaux libéraux intervenant en EHPAD. Elles représentent environ 2600 € par place et par an en moyenne (CNSA, 2017) et sont exclues de la présente étude.

en dépassement, essentiellement des établissements publics¹.

Pour les établissements perdants simultanément sur les deux sections, une compensation a été prévue en 2018. Elle représente 38M€ en 2020, à la charge de l'assurance maladie, y compris au titre de la section dépendance.

En 2016, lors de la phase préparatoire de la mise en œuvre concrète de la réforme, le montant total de la convergence soins avait été estimé à 360 M€ au total, soit une augmentation annuelle de 51 M€ des dotations aux établissements pendant les 7 ans initialement prévus (Cf. tableau 3).

La LFSS 2019 a cependant réduit la durée de la convergence des forfaits soins (achèvement en 2021 au lieu de 2023).

De plus, l'état de santé moyen en EHPAD pris en compte dans l'équation soins (PMP-GMP, cf. encadré 2) s'est avéré plus dégradé qu'anticipé, ce qui a chaque année conduit à réévaluer à la hausse le forfait global de soins.

En conséquence, les dotations soins, à profil de résident comparable, sont moins dispersées que les dotations dépendance, du fait de l'existence d'écarts de la valeur des points-GIR fixée par chaque département.

Tableau 3 • Crédits versés au titre de la convergence (en M€)

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Loi ASV	Convergence équation GMPS prévue en 2016	51	51	51	51	51	51	51
	Convergence équation GMPS constaté	51	71	156	200	200		
Mesure additionnelle (2018)	Compensation dépendance-soin*		17	30	38	nd	nd	nd

* le montant est fixé annuellement. Source : CNSA et DSS ; calculs DSS.

Encadré 2 • Les équations tarifaires des sections soins et dépendance

Les équations tarifaires mises en place dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, visent à objectiver les financements versés aux EHPAD au titre des sections soins et dépendance en les ajustant aux besoins recensés. Pour cela, deux indicateurs se révèlent centraux : le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP). De plus, la loi prévoit une valeur de point-GIR unique dans chaque département au terme de sa montée en charge. Avant la réforme, le financement « soins » était assuré par une dotation forfaitaire annuelle dont le montant dépendait essentiellement de la dotation de l'année précédente.

La grille AGGIR permet de classer les patients du GIR 1 (le plus dépendant) au GIR 6 (le moins dépendant). Les GIR sont valorisés par un nombre de points défini dans l'annexe 3-6 du Code de l'Action sociale et des familles. Pour calculer le GIR moyen pondéré, on fait la somme des scores GIR des patients que l'on divise par le nombre de personnes âgées présentes dans l'établissement. Ainsi, le GMP correspond au niveau moyen d'autonomie des résidents de l'établissement.

Le référentiel « PATHOS » évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Il en découle une cotation de ces besoins sous forme de points Pathos, qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » ou PMP.

Les procédures AGGIR et PATHOS sont conduites simultanément sous la responsabilité du médecin coordinateur, lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) entre le gestionnaire de l'EHPAD, l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental (CD). Les deux évaluations sont actualisées une fois au cours des cinq années de l'exécution de la convention. Ces évaluations font l'objet d'une validation conjointe de la part de l'ARS et du CD.

Les « forfaits » (ou dotations) relatifs aux sections soins et dépendances sont définis dans le Code de l'action sociale et des familles :

$dotation\ soin = [GMP + (PMP \times 2,59)] \times Capacité\ financée\ hébergement\ permanent \times Valeur\ du\ point$

$dotation\ dépendance = GMP \times nombre\ de\ places \times 365 \times point\ GIR_{départemental}$

Le cas échéant, des financements complémentaires peuvent être négociés dans le cadre des CPOM. Ils ne sont pas pris en compte dans cette étude. Ces financements visent notamment la rémunération des modalités d'accueil particulières, hors hébergement permanent.

Les tarifs hébergement sont hétérogènes

L'aide sociale à l'hébergement est la principale aide publique sur l'hébergement

Le montant mensuel moyen du tarif hébergement est de 2 000 € en 2018, soit un montant supérieur à celui de la retraite mensuelle moyenne (1 570 €). Trois types d'aides publiques contribuent à diminuer le reste à charge : l'aide sociale à l'hébergement (ASH – financée par les conseils départementaux), les aides au logement et la réduction d'impôt (à la charge de l'Etat).

L'ASH a représenté 1,3 Md€ nets en 2018. Il s'agit d'une prestation différentielle, récupérable sur les revenus du bénéficiaire, sur ses obligés alimentaires et sur succession. Le non-recours à l'ASH, estimé à 75%², serait lié principalement à sa récupération sur succession. D'après la Drees, une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, il reste plus d'un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur à ses ressources « courantes ».

¹ Ehpads : quels remèdes ? Rapport d'information de M. Bonne, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 341 (2017-2018)

² Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), 2018, Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030.

Les résidents en EHPAD sont de plus, éligibles aux aides au logement. Leur montant représente 0,5 Md€ en 2015. Enfin, la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement a bénéficié à 460 000 ménages en 2018, pour un coût estimé à 0,3 Md€ pour l'Etat. Cette aide prenant la forme d'une réduction d'impôt, seuls les ménages imposables peuvent y prétendre.

Ainsi, les résidents bénéficient d'une aide cumulée de l'ordre de 300 € par mois en moyenne. Les revenus entre 1 000 à 1 600€ par mois sont les moins aidés. Les revenus les plus faibles (via l'ASH et l'allocation logement) et les revenus les plus élevés (via la réduction d'impôt) bénéficient de l'essentiel des aides (courbe en « U »).

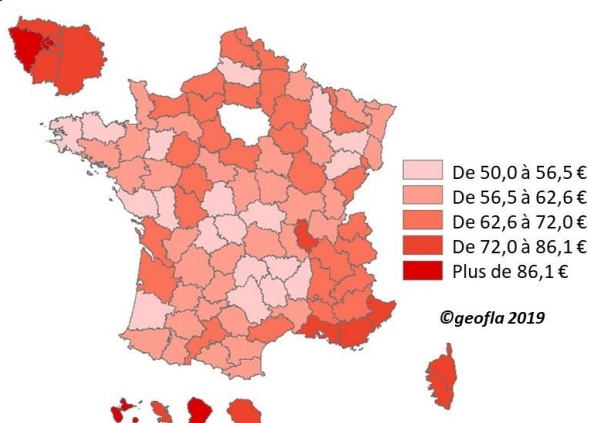
In fine, le reste à payer pour les résidents sur la section hébergement s'élève à 11,5 Md€, soit 55 € par jour. Il peut être financé par la solidarité intrafamiliale et par la mobilisation de l'épargne ou du patrimoine foncier.

30 € d'écart par jour entre EHPAD hospitaliers et privés à but lucratif

Le tarif hébergement est à la charge du résident, il s'établit en moyenne à 66 € par jour en 2018. Ce tarif varie en fonction du statut juridique de l'établissement : 56 € dans les EHPAD publics rattachés à un hôpital, 57 € dans ceux non-rattachés à un hôpital, 64 € dans les établissements privés à but non lucratif et 89 € dans ceux privés à but lucratif.

Le tarif moyen de l'hébergement varie du simple au double entre départements du fait de la structure de l'offre par statut juridique sur le territoire. Il est ainsi le plus faible en Meuse, dans le Cantal ou l'Aveyron et le plus élevé à Paris et dans les Hauts-de-Seine (Cf. carte 1).

Carte 1 • Tarif hébergement moyen en 2018



Champ : hébergement permanent, chambre seule, sans habilitation à l'ASH. Source : CNSA et DSS ; calculs DSS

Les coûts immobiliers expliquent en grande partie la variabilité entre les statuts juridiques

C'est dans la section hébergement que le tarif varie le plus d'un EHPAD à l'autre. En effet, si les départements régulent les tarifs des établissements publics et non lucratifs, les EHPAD à but lucratif fixent librement les leurs.

Cette section est par ailleurs celle dans laquelle les coûts de personnel représentent la part la plus faible avec 40% du total, soit moitié moins que pour les autres sections. En effet, le tarif hébergement permet de financer, outre le personnel, les coûts liés aux repas ou à l'entretien et à l'administration générale mais aussi les coûts immobiliers.

Les frais de gîte et de couvert sont estimés par le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, conventionnellement, à 24 € par jour et par résident. Ces frais qui sont supportés par les résidents, seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile. En les excluant, le coût associé à la section hébergement serait 8,5 Md€ en 2018 (contre 13,6 Md€ en les incluant).

Les taux d'encadrement relevant de cette section (entre 20 et 25 ETP pour 100 résidents) ainsi que les frais d'hôtellerie générale étant comparables en moyenne entre statuts juridiques, ces deux éléments ne permettent pas d'expliquer des tarifs d'hébergement plus élevés dans le secteur privé.

En revanche, les coûts immobiliers sont hétérogènes parmi les EHPAD et représentent entre 10% et 30% du tarif facturé¹. Cette hétérogénéité s'explique en partie par le statut juridique de l'établissement. D'abord, les EHPAD publics sont plus souvent propriétaires de leurs locaux (77% d'entre eux, contre environ 40% des EHPAD privés). De plus, ils sont en moyenne plus anciens et les coûts liés au bâti sont donc plus fréquemment amortis. Enfin, les coûts immobiliers étant liés au coût du foncier, les EHPAD privés à but lucratif, plus souvent installés dans des zones urbaines denses, répercutent des coûts plus importants sur le tarif hébergement.

Ensuite, les établissements privés à but lucratif versent une partie des financements de la section hébergement aux investisseurs (dividendes par exemple). Dans une moindre mesure, les établissements privés à but non lucratif versent pour certains d'entre eux une partie des fonds de la section hébergement à leur siège social.

La fiscalité est différente entre établissements : les établissements privés à but lucratif sont soumis à la TVA au taux de 5,5 %, les établissements privés à but non lucratif ou publics (hors régie directe) à la taxe sur les salaires. Ceci n'explique qu'à la marge les différences de tarifs hébergement.

¹ IGAS, 2009, Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

3.2 Les droits à retraite attribués au titre du chômage

Parmi les trimestres de retraite validés alors que l'assuré n'est pas en emploi, les périodes de chômage, en moyenne plus longues, sont celles qui influencent le plus la durée d'assurance. Des points de retraite complémentaire sont en outre acquis pendant les périodes de chômage. Il en résulte que des droits à retraite acquis pendant des périodes de chômage bénéficient à plus de la moitié des retraités, et représentent 4% de la durée d'assurance des nouveaux retraités de 2018. Aujourd'hui financée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et l'Unédic, l'attribution de droits au titre du chômage induit un transfert de 15 Md€ en 2018 de ces organismes vers les régimes de retraite des salariés.

Les périodes de chômage des salariés du privé sont en partie compensées pour la retraite

Le chômage permet d'acquérir des trimestres pour la retraite de base

Pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein, les assurés affiliés à la branche vieillesse du régime général doivent remplir, outre des conditions d'âge, une condition de durée d'assurance. Cette dernière permet de fixer le coefficient dit « de proratisation » de la pension versée, et de déterminer si le montant de la pension fait l'objet, ou non, d'une décote. La durée d'assurance s'acquiert principalement en contrepartie de cotisations versées par les assurés et les employeurs (trimestres cotisés), et peut être complétée notamment par des trimestres validés au cours de périodes d'interruption de travail.

Le système de retraite de base des salariés prévoit ainsi, dans certaines situations, l'attribution de « périodes assimilées (PA) » accordées au titre des interruptions involontaires d'activité, telles que le chômage, la maladie ou l'invalidité. Parmi ces périodes assimilées, les périodes de chômage sont les plus importantes dans la durée d'assurance non cotisée.

Plusieurs allocations versées au titre du chômage donnent lieu à la validation de périodes assimilées

Les conditions de validation des périodes de chômage pour la retraite varient selon l'éligibilité de l'assuré à l'indemnisation chômage, son âge et la durée de cotisation retraite dont il justifie (cf. schéma 1).

Chaque période de 50 jours de chômage indemnisé (CI) est comptabilisée pour la retraite comme un trimestre d'assurance, dans la limite de quatre par an.

La notion de chômage indemnisé recouvre la perception de différentes allocations. La plupart des chômeurs indemnisables par Pôle emploi relèvent de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) versée aux assurés involontairement privés d'emploi et qui justifient, à la date de fin de leur contrat de travail, d'une période de travail minimale. La durée de perception de l'ARE est proportionnelle à celle des derniers emplois occupés par l'assuré et limitée à 24 mois pour les personnes âgées de moins de 53 ans, 30 mois pour celles de 53 et 54 ans et 36 mois au-delà de 55 ans.

Les chômeurs indemnisables qui ne perçoivent pas l'ARE sont couverts, pour l'essentiel, par l'allocation de sécurisation professionnelle (ASP), destinée aux licenciés économiques bénéficiaires du contrat de sécurisation professionnelle (CSP) ou par l'ARE-formation (Aref). Depuis 2018, les indépendants peuvent également bénéficier d'un revenu de remplacement en cas de perte d'activité : l'allocation pour les travailleurs indépendants (ATI) ouvre des droits à la retraite dans les mêmes conditions que le chômage indemnisé.

L'activité partielle, très mobilisée pendant la crise sanitaire de 2020, ouvrira désormais des droits pour la retraite

Le dispositif de l'activité partielle (ou du chômage partiel) est une politique de l'emploi destinée aux établissements confrontés à des difficultés conjoncturelles. Elle vise à préserver l'emploi en autorisant une réduction temporaire du nombre d'heures travaillées par les salariés, qui bénéficient pour les heures chômées d'une compensation partiellement financée par les pouvoirs publics. Ainsi, les **entreprises versent à leurs salariés une indemnité d'un montant égal à 70% du salaire brut, une allocation, versée par l'Etat, la couvrant partiellement**

Avant le mois de mai 2020, l'activité partielle n'ouvrait pas de droits à la retraite, l'assuré ne cotisant ni ne validant des trimestres à ce titre.

En 2020, de nombreuses entreprises ont eu recours au chômage partiel durant la période de confinement due à l'épidémie de coronavirus. Le dispositif aurait ainsi concerné plus de 12 millions de salariés aux mois de mars et d'avril 2020, alors qu'entre 2011 et 2017, l'activité partielle a concerné entre 10 000 et 20 000 personnes en moyenne par mois. Une part importante de l'économie, notamment dans la restauration ou la culture, et le tourisme pourraient y recourir sur une période plus longue, dépassant la durée de l'état d'urgence sanitaire. Avec la crise Covid-19, le fait que l'activité partielle n'ouvre pas de droits à la retraite est en conséquence devenu problématique pour de très nombreux travailleurs, notamment ceux dont les rémunérations sont les plus faibles, qui pourraient ne plus parvenir à totaliser l'équivalent des 600 heures-smic nécessaires de leurs 4 trimestres d'assurance retraite en 2020.

Une disposition législative temporaire a donc été votée en juin 2020. Un trimestre de retraite sera octroyé pour chaque période d'activité partielle de 220 heures. Cette disposition s'applique pour les périodes d'activité partielle du 1^{er} mars au 31 décembre 2020.

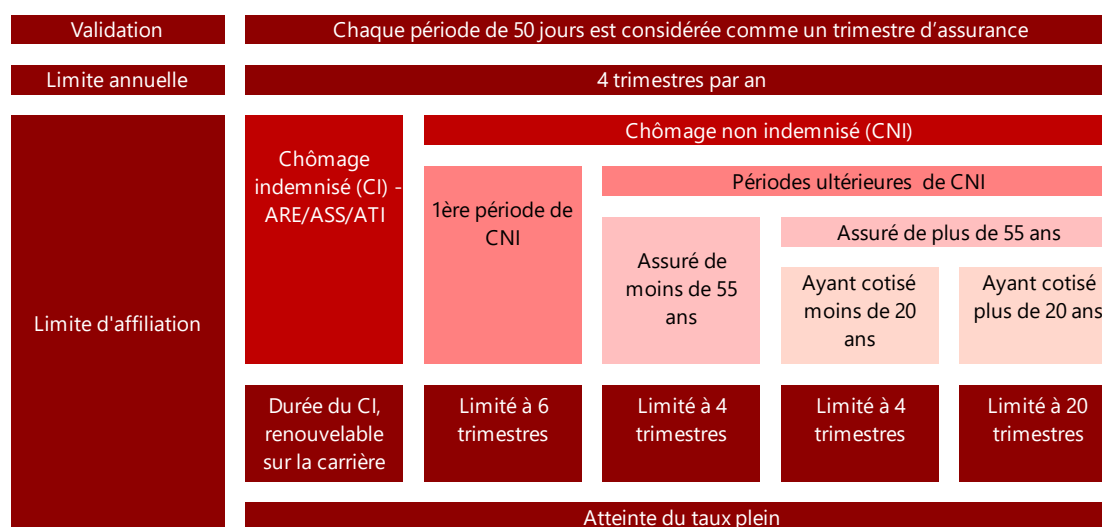
Près d'un dixième des personnes inscrites à Pôle emploi bénéficient de l'allocation spécifique de solidarité (ASS), attribuée sous conditions de ressources et d'activité antérieure aux assurés qui ont épuisé leurs droits à l'ARE ou à la rémunération de fin de formation (RFF). L'ASS, financée par l'État, est assimilée pour la retraite à du chômage indemnisé et ouvre donc des droits à la retraite dans les mêmes conditions.

Les périodes de chômage non indemnisé (CNI) peuvent également donner lieu à l'octroi de trimestres, sous réserve qu'elles fassent suite à une période de chômage indemnisé et que l'assuré ne puisse pas prétendre au taux plein pour la retraite, les modalités variant selon l'âge de l'assuré et sa durée de cotisation.

En effet, près de la moitié des personnes inscrites à Pôle-emploi ne sont pas indemnissables, soit parce qu'elles ont insuffisamment cotisé à l'assurance chômage pour y être éligibles, soit parce qu'elles ont épuisé leurs droits au chômage.

Chaque période de 50 jours de CNI ouvre droit au report d'une période assimilée dans la durée d'assurance comptabilisée pour la retraite, dans la limite de 4 par an. La durée totale prise en compte est toutefois limitée à 6 trimestres pour la première période de chômage non indemnisé et à 4 trimestres au-delà. Cette limitation est portée à 20 trimestres pour les assurés de plus de 55 ans ayant cotisé au moins 20 ans à un régime de retraite.

Schéma 1 • Nombre de trimestres de périodes assimilées au titre du chômage selon la situation de l'assuré



60 % des périodes de chômage sont effectivement comptabilisées dans la durée validée pour la retraite de base

Les périodes assimilées au titre du chômage existent depuis la mise en place du système de retraite des salariés du privé en 1946. Les nouveaux retraités ont donc bénéficié de ce dispositif tout au long de leur parcours professionnel. L'étude de ces PA permet d'évaluer dans quelle mesure cet aléa de carrière a été compensé dans l'acquisition des droits à la retraite.

Une période assimilée étant validée pour 50 jours de chômage, il serait théoriquement possible de valider plus de quatre trimestres sur une année civile. Le nombre de PA chômage pouvant être pris en compte dans la durée d'assurance est toutefois limité à quatre par an. Après cet écrêtement, 19 trimestres de PA chômage sont en moyenne enregistrés pour les assurés qui ont liquidé leur retraite en 2017 et validé au moins une PA chômage au cours de leur carrière (cf. tableau 1).

De plus, différents types de validation peuvent avoir lieu une même année : un assuré peut, par exemple, enregistrer des trimestres d'emploi et de chômage.

Le nombre total de trimestre retenus dans la durée d'assurance validée étant limité à quatre par an, tous type de validation compris, seulement 60% des trimestres acquis au titre du chômage ont effectivement contribué à la durée d'assurance des retraités ayant liquidé leur pension en 2017 selon une étude de la CNAV (cf. encadré 2). Cette proportion est plus élevée pour les femmes (64%, contre 55% pour les hommes).

Tableau 1 • Périodes de chômage des nouveaux retraités de 2017 (en trimestres)

	Hommes	Femmes	Ensemble
PA après écrêtement	18,4	20,0	19,3
PA contribuant à la durée d'assurance	10,1	12,7	11,5
en % des PA écrêtées	55%	64%	60%

Source : CNAV – Base Retraités 2019.

Note : contribution à la durée d'assurance, priorisation du chômage sur les autres PA.

Champ : assurés validant au moins une période à ce titre.

Le chômage indemnisé ouvre également des droits à la retraite complémentaire des salariés

Le régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco accorde des droits à la retraite pour les périodes de chômage indemnisées par Pôle emploi, dans le cadre des allocations d'assurance chômage (ARE et ASP) ou des dispositifs de solidarité (ASS, allocation spécifique du fonds national de l'emploi et indemnisation au titre des congés de conversion). Les périodes de chômage non indemnisé n'ouvrent donc pas de droits à la retraite complémentaire.

Chaque jour indemnisé compte pour l'attribution des points de retraite complémentaire. Le salaire journalier de référence retenu par Pôle emploi pour le calcul de l'allocation chômage est utilisé, et pondéré par le nombre de jours indemnisés pendant l'année au titre d'un même emploi, pour déterminer l'assiette fictive des cotisations.

Cette assiette fictive est découpée en tranches identiques à celles retenues pour les salariés en activité : la tranche 1 correspond à la part du salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale (PASS) et la tranche 2 à la partie du salaire comprise entre 1 et 8 PASS.

Le taux de calcul des points diffère en fonction de la nature des allocations perçues et de la tranche de salaire. Pour les bénéficiaires des allocations du régime d'assurance chômage, le taux de calcul des points retraite Agirc-Arrco est de 6,20% sur la tranche 1 des salaires et de 17% sur la tranche 2. Pour les bénéficiaires des allocations du régime de solidarité, le taux de calcul des points Agirc-Arrco est de 4% sur les 2 tranches.

Parmi les 23 millions d'assurés ayant cotisé à l'Agirc-Arrco en 2014, près d'un quart avait acquis des points au titre du chômage (cf. Agirc-Arrco, *les cahiers études et statistiques n°4*, janvier 2018).

Des périodes assimilées au titre du chômage enregistrées par plus de la moitié des retraités

Une majorité de retraités bénéficie de droits au titre du chômage

Près de six nouveaux retraités de 2017 sur dix, dont la majorité sont nés entre 1955 et 1957, avaient validé au moins une période assimilée au titre du chômage. Cette proportion est assez proche parmi les femmes et les hommes (cf. graphique 1). Les personnes nées dans la deuxième partie de la décennie 1950 jusqu'au début des années 1960, encore peu concernées par la prolongation des études, ont été pénalisées par la montée du chômage à partir de la fin des années 1970. Leurs aînés avaient bénéficié, au contraire, de conditions d'entrée sur le marché du travail plus favorables (cf. Drees, *Etudes et résultats* 980, octobre 2016). Ainsi, parmi les hommes ayant liquidé leur retraite, la proportion de nouveaux retraités de 2017 ayant au moins une PA au titre du chômage s'est accrue de 8 points par rapport à la génération 1944.

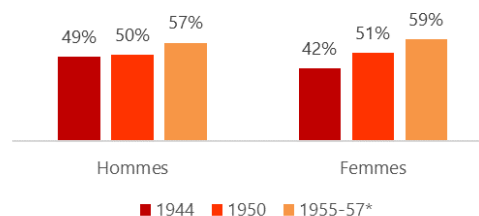
Cette hausse a été deux fois plus importante chez les femmes (+17 points par rapport à la génération 1944). Les changements dans les parcours professionnels des femmes ont ainsi contribué à rapprocher leur situation de celle des hommes : la progression des taux d'activité salariée permet aux femmes d'acquiescer davantage de droits au chômage au fil des générations, et leur présence sur le marché du travail les expose davantage à cet aléa.

Les périodes assimilées au titre du chômage ne représentent qu'une part mineure dans la durée d'assurance

Si le nombre d'assurés bénéficiant de PA chômage est élevé, celles-ci représentent moins de 5 % de la durée d'assurance moyenne des nouveaux retraités. Cette proportion est équivalente entre hommes et femmes.

Elle est restée globalement stable au cours des 10 dernières années (cf. graphique 2).

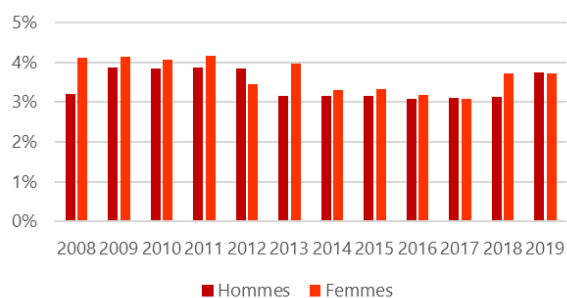
Graphique 1 • Proportion d'assurés ayant au moins une période assimilée au titre du chômage



Source : Cnav

* les chiffres de la dernière série (en orange) correspondent au flux des assurés ayant liquidé en 2017. Ce flux couvre plusieurs générations, dont 70% des générations 1955 à 1957

Graphique 2 : Proportion de périodes assimilées au titre du chômage contribuant à la durée d'assurance moyenne des retraités



Source : Cnav - échantillon au 1/20^{ème} et PRISME

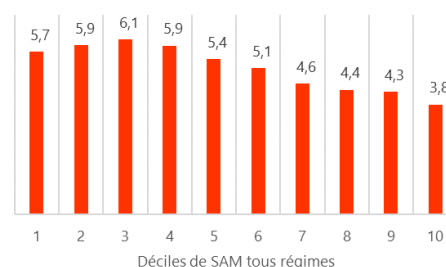
Des périodes assimilées au titre du chômage plus nombreuses pour les faibles revenus

Le salaire annuel moyen (SAM) tous régimes d'un assuré poly-pensionné correspond à la moyenne des salaires des 25 meilleures années sur l'ensemble des régimes de retraite auxquels il a été affilié et constitue ainsi un indicateur du niveau de revenu professionnel perçu au cours de la carrière.

Le nombre de périodes assimilées, acquises au titre du chômage, contribuant à la durée d'assurance (cf. encadré 2) est plus important en bas de l'échelle des revenus. Il est de l'ordre de 6 trimestres pour les 4 premiers déciles de SAM tous régimes puis décroît continuellement pour s'établir à 3,8 PA chômage en

moyenne pour les assurés dont le SAM tous régimes se situe dans le dernier décile (cf. graphique 3).

Graphique 3 • Nombre de périodes assimilées au titre du chômage selon le décile de salaire annuel moyen, tous régimes, génération 1950



Source : CNAV

Encadré 2 • La mesure du nombre de périodes assimilées au titre du chômage contribuant à la durée d'assurance dépend de la règle de priorisation retenue

Il est fréquent que des trimestres validés au titre de PA (chômage, maladie...) ne contribuent pas à la durée d'assurance (DA) parce qu'ils excèdent la limite de 4 trimestres validés par an. Les PA en excès sont écartées. Les évaluations des dispositifs de solidarité et de leur impact sur la durée ou la pension utilisent des règles conventionnelles d'écrêtement pour déterminer la contribution de chaque type de PA à la DA. Trois méthodes alternatives sont utilisées selon les études :

a – règle de priorisation : on choisit conventionnellement un ordre d'écrêtement des trimestres de PA en excès. Cette méthode est retenue dans les graphiques 1, 2 et 3, avec priorisation des PA chômage, c'est-à-dire qu'on choisit de les écarter en dernier par rapport aux autres PA (invalidité, maladie, maternité...). Ce choix conduit à maximiser l'impact des PA chômage sur la pension.

b – règle de proportionnalité (graphique 4) : par exemple, dans le cas de 4 PA chômage et 2 PA maladie pour une même année, seulement 4 trimestres de PA étant retenus pour le calcul effectif de la retraite, l'apport de ces 4 trimestres « solidarité » se répartit aux deux tiers sur le chômage et pour un tiers sur la maladie. On ne priorise pas un type de PA par rapport à un autre.

c – règle de l'apport résiduel de chacun des types de PA : concrètement, sont prises en compte successivement les PA qui augmentent la DA une fois pris en compte tous les autres types de validation, dans la limite de 4 trimestres par an. Cela conduit à minimiser l'impact de chaque PA sur la pension. Cette méthode est notamment mobilisée dans les travaux de la Drees (cf. DD n°49, *Retraites : les dispositifs de solidarité représentent 22% des pensions versées aux femmes et 12% pour les hommes*, février 2020) ou du COR.

La part des « droits chômage » dans la pension acquise dans le cadre de la solidarité est croissante avec les revenus

Les PA chômage comptabilisées dans la durée d'assurance pour la retraite de base et les points obtenus au titre du chômage pour la part complémentaire sont considérés comme des dispositifs de solidarité. Ils permettent en effet l'acquisition de droits pour lesquels l'assuré n'a pas directement versé de cotisation.

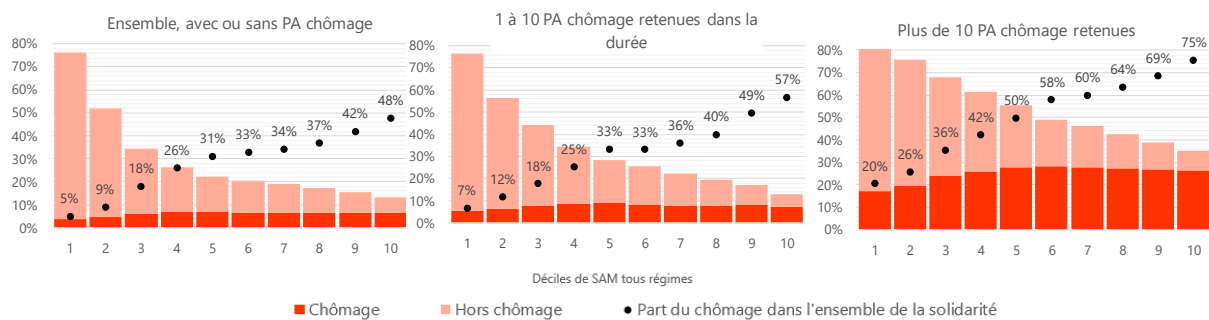
La solidarité, dans le système de retraite, peut globalement être définie comme tout ce qui ne relève pas de la contributivité du système. Ceci inclut notamment les minima de pension, comme le minimum contributif, ou encore des droits acquis du fait de l'éducation des enfants (la frontière entre solidarité et contributivité est néanmoins conventionnelle : le minimum contributif par exemple est plutôt classé dans la solidarité mais il est conditionné à une durée de cotisation ou à un âge de liquidation). La part des dispositifs de solidarité dans la pension décroît à mesure que le salaire de référence des assurés augmente. Ces dispositifs redistributifs constituent ainsi en moyenne plus des trois-quarts de la pension pour les 10% de retraités ayant les salaires annuels moyens tous régimes les plus faibles, et moins

d'un dixième de celle des 10% des retraités dont le salaire de référence est le plus élevé (cf. graphique 4).

La contribution à la pension des droits acquis pendant le chômage ne montre pas un tel aspect redistributif entre bas et hauts revenus. En effet, les assurés dont les salaires de référence sont les plus faibles acquièrent fréquemment le taux plein au titre de l'invalidité ou de l'âge, la présence de PA chômage au cours de la carrière influe donc sur le coefficient de proratisation mais peu sur le taux de liquidation pour la retraite. A l'inverse, dans la deuxième moitié de la distribution, les départs majoritaires sont au taux plein par la durée. Or les PA chômage sont déterminantes dans l'atteinte du taux plein. La contribution du chômage au montant de la pension est la plus importante au 5^e ou 6^e décile.

En conséquence, les droits acquis au titre du chômage représentent une minorité de la pension attribuée par des dispositifs de solidarité pour les premiers déciles : 7% pour les assurés du premier décile ayant validé entre 1 et 10 PA (18% des assurés), et 20 % pour ceux du même décile ayant validé plus de 10 PA (17% des assurés). A l'inverse, ces PA représentent une grande partie de la pension attribuée via la solidarité pour le dernier décile, 57% pour ceux ayant entre 1 et 10 PA, et 75% pour ceux en ayant plus de 10.

Graphique 4 • Part des différents dispositifs de solidarité dans la pension selon le décile de salaire annuel moyen tous régimes, génération 1950



Source : CNAV

L'évolution future des droits au chômage dépendra de la conjoncture économique et de l'âge de départ à la retraite

L'augmentation des PA chômage est principalement liée à la conjoncture économique rencontrée par les différentes générations d'assurés. La Drees montre ainsi que les générations les plus anciennes (1942-1950) ont été moins concernées par le chômage que les générations plus jeunes (1960-1990), le nombre de trimestres validés au titre du chômage au début de la vie active est en effet plus important pour les générations les plus jeunes (cf. Etudes et résultats n°980, octobre 2016). Les personnes nées entre 1975 et le début des années 1980 ont néanmoins bénéficié de l'amélioration de la

conjoncture à la fin des années 1990. Les durées validées au titre du chômage en début de carrière augmentent à nouveau à partir de la génération née en 1986, en lien avec la forte augmentation du chômage après 2008.

L'acquisition future des droits au chômage et sa contribution à la durée d'assurance dépendra directement de l'évolution du marché du travail.

Outre la conjoncture de l'emploi, l'acquisition des PA chômage est liée à l'âge du départ à la retraite. Les réformes portant le relèvement de l'âge minimal d'ouverture des droits, telle que celle de 2010, ont ainsi significativement augmenté la proportion d'individus au chômage ou en maladie au-delà de 60 ans (cf. COR, séance d'octobre 2016, document de travail n°11).

Le financement des droits retraite par le FSV et l'Unédic atteint de 15 Mde

Les droits attribués dans le cadre du chômage se matérialisent dans les dépenses des régimes de salariés, de base et complémentaires. Le financement de l'attribution de droits à la retraite au titre des périodes de chômage est en revanche à la charge d'organismes tiers, le FSV, qui intervient essentiellement pour financer les cotisations à la retraite de base, et l'Unédic, pour la part complémentaire. En 2018, les transferts correspondant à l'acquisition de droits chômage se sont élevés à 15,2 Md€, dont 11,8 Md€ (soit 77%) à la charge du FSV, les 23% restants constituant des transferts de l'Unédic vers les régimes complémentaires (cf. tableau 2).

Tableau 2 • Montant des transferts au titre du chômage en 2018

	2018	en % de l'ensemble des financements	En % des financements du FSV
Total des transferts au titre du chômage	15,2	100%	
Total des transferts du FSV	11,8	77%	100%
Régimes de base (CNAV+MSA)	11,5	75%	98%
Régimes complémentaires (Agirc-Arrco)	0,3	2%	2%
Dont au titre du chômage indemnisé	9,0	59%	77%
Dont ARE	7,5	49%	64%
Dont ASS	1,2	8%	10%
Dont autres	0,0	0%	0%
Dont au titre du chômage non indemnisé	2,5	16%	21%
Total des transferts de l'Unédic	3,5	23%	
Agirc-Arrco	3,3	22%	
Ircantec	0,1	1%	

Source : DSS/SDEPF/6A, données des régimes et du FSV

75% des dépenses annuelles relèvent des régimes de base des salariés (Cnav pour le secteur privé et MSA pour le secteur agricole), le quart restant relève des régimes complémentaires (Agirc-Arrco et Ircantec).

Le transfert du FSV ne correspond pas aux dépenses des régimes au titre du chômage mais à une estimation conventionnelle des droits constitués pendant l'année

Depuis 1994, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est chargé du refinancement des régimes d'assurance vieillesse, pour la partie de leurs dépenses relevant de la solidarité nationale. Il intervient depuis cette date pour financer l'acquisition des droits à la retraite dans le cadre du chômage indemnisé. Le FSV compense les périodes de chômage non indemnisé depuis 1999. En 2001, ce financement a été étendu à certains avantages vieillesse servis par les régimes de retraites complémentaires obligatoires (Agirc et Arrco). Depuis 2019, ces prises en charge couvrent également les travailleurs indépendants bénéficiaires de l'ATI.

Le transfert du FSV vers les régimes de retraite correspond aux cotisations versées au titre des périodes de chômage pour une année donnée. Il est déterminé par le produit du nombre de chômeurs pris en compte et d'une cotisation forfaitaire.

Les effectifs de chômeurs retenus dans le calcul correspondent à l'ensemble des chômeurs indemnisés affiliés au régime général et au régime des salariés agricoles et, conventionnellement, à 29% des effectifs de chômeurs non indemnisés (cf. encadré 3). En 2018, le transfert du FSV a ainsi pris en compte un effectif de 4 millions de chômeurs indemnisés et non indemnisés.

La cotisation forfaitaire est calculée sur la base d'une assiette annuelle correspondant à 90% du Smic annuel (soit 1 820 fois le Smic horaire) à laquelle est appliqué le taux cumulé de cotisation patronale et salariale au régime général pour la couverture du risque vieillesse, soit un taux de cotisation de 17,75%. La cotisation de référence s'est ainsi établie à 2 872,56 € en 2018. Le transfert du FSV vers les régimes de base pour la prise en charge de cotisations au titre des périodes de chômage s'est ainsi élevé à 11,5 Md€. Le FSV rembourse également à l'Agirc-Arrco les cotisations correspondant aux périodes indemnisées par l'Etat dans le cadre des régimes de solidarité. Le montant de ce transfert s'est élevé à 0,3 Md€ en 2018, soit 2% des dépenses du FSV au titre du chômage.

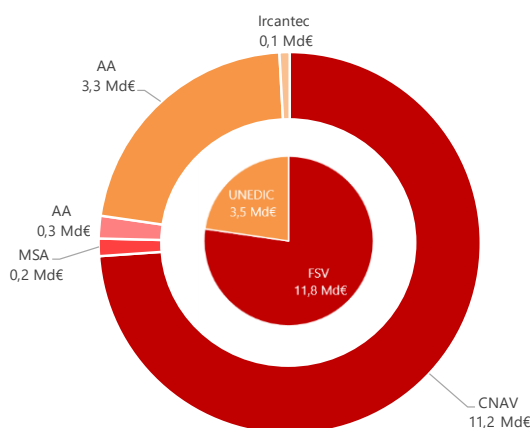
Ces modalités de financement des droits à la retraite de base rattachés au chômage introduisent ainsi un décalage temporel entre le fait générateur de la PA (période pendant laquelle l'assuré est au chômage) et la dépense correspondante, qui se matérialise au moment de la liquidation des pensions de l'assuré. La Cnav montre ainsi que le montant du transfert annuel, de l'ordre de 11 Md€, qui correspond aux cotisations des chômeurs de l'année N n'est pas comparable aux dépenses des régimes de base au titre du chômage, de l'ordre de 4 à 5 Md€, qui couvrent les périodes de chômage de l'ensemble des retraités, depuis la génération 1945.

La Cnav propose de comparer les transferts du FSV au titre d'une génération donnée et le coût des périodes assimilées au titre du chômage de cette même génération, sur la durée de perception de sa retraite, et montre ainsi que les masses, pour une génération donnée, sont relativement comparables : elles seraient ainsi sous-évaluées, d'au plus 10% (cf. travaux de la Cnav pour la réunion du COR de mars 2017).

Les transferts de l'Unédic représentent le quart du financement annuel des droits retraites acquis dans le cadre du chômage

L'Unédic contribue au financement des points de retraite complémentaire et s'acquittant, après des régimes Agirc-Arrco (AA) et Ircantec, des cotisations obligatoires et d'une fraction de la participation prélevée sur les allocations de chômage (précompte). En 2018, ces transferts se sont élevés à 3,5 Md€, soit près du quart de l'ensemble des financements orientés vers des régimes de retraite, de base ou complémentaires, cette année-là (cf. tableau 3 et schéma 2).

Schéma 2 • Financement des droits retraite ouverts au titre du chômage en 2018



Source : DSS/SDEPF/6A, données des régimes et du FSV

Note : AA = Agirc-Arrco

Encadré 3 • Le dénombrement des effectifs de chômeurs pris en compte pour le calcul du transfert du FSV vers les régimes de retraite

Les comptes pour l'année N sont arrêtés sur la base de données provisoires d'effectifs de chômeurs transmises par Pôle emploi en janvier N+1. La régularisation définitive des dépenses de l'année N n'intervient qu'au début de l'année N+2.

Les effectifs retenus correspondent aux effectifs de demandeurs d'emploi indemnisés en fin de mois (DEIFM) dénombrés par Pôle emploi à partir du Fichier National des Allocataires (FNA).

A ces DEIFM, s'ajoute une fraction des chômeurs non indemnisés, qui sont des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi non bénéficiaires d'une d'allocation. Ces effectifs ne faisant pas l'objet d'un dénombrement, ils sont estimés selon une méthode établie par Pôle emploi, la Dares et l'Unédic, comme la différence entre l'ensemble des chômeurs indemnisables et le sous-ensemble des chômeurs effectivement indemnisés.

Depuis 1999, la part des effectifs pris en compte est fixée à 29% du total des chômeurs non indemnisés. Cette réfaction a pour but de prendre en compte le fait que certains chômeurs ne bénéficient pas de la validation de leur période d'inactivité, notamment les primo demandeurs d'emploi qui n'ont pas encore acquis la qualité d'assuré social, ou que les périodes de chômage ne sont pas toujours nécessaires à un assuré pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Elle permet également de tenir compte du fait que le nombre des trimestres validés dans le cadre du chômage non indemnisé est limité en fonction de critères d'âge et de durée d'activité (cf. schéma 1).

3.3 La prise en compte de la monoparentalité dans les prestations familiales

Un quart des familles sont dorénavant monoparentales. Ces familles rencontrent souvent des difficultés particulières : leurs conditions de vie et de logement sont plus précaires que celles des couples, tandis que leur taux d'emploi et leurs revenus sont plus faibles. Ainsi, plus d'un quart des familles monoparentales étaient pauvres en conditions de vie en 2017, contre 7% des couples avec un ou deux enfants²⁰. Ces conditions de vie défavorables concernent majoritairement les femmes : elles représentent plus de 80% des parents isolés.

Au-delà de l'allocation de soutien familial (ASF), destinée quasi-exclusivement aux familles monoparentales, les barèmes de la plupart des prestations familiales prennent désormais en compte la situation de parent isolé, en augmentant le plafond d'éligibilité ou le montant versé. Les réformes intervenues au cours des dernières années, notamment la revalorisation de 25% du montant de l'ASF, ont conduit à légèrement renforcer le rôle des prestations familiales dans la réduction des écarts de niveau de vie avec les foyers sans enfants et les autres familles.

Les familles monoparentales représentent aujourd'hui le quart des familles françaises, une proportion en forte progression ces deux dernières décennies

Parmi leurs allocataires, les caisses d'allocations familiales (CAF) comptent 2 millions de familles monoparentales en 2018, soit un nombre légèrement plus élevé que celui des familles monoparentales au sens de l'INSEE, qui retient une définition plus restrictive (cf. encadré 1). La plupart des prestations étant servies sous conditions de ressources, et les familles monoparentales étant davantage confrontées à la précarité, la proportion de familles monoparentales parmi les allocataires s'établit à près de 30% (cf. tableau 1).

Encadré 1 • Deux définitions différentes de la monoparentalité

Au sens de l'INSEE, les familles monoparentales correspondent à un parent vivant seul sans conjoint avec au moins un enfant mineur sans qu'il y ait d'autres personnes partageant le même logement. En 2018, selon cette définition, on dénombrait 1,9 million de familles monoparentales en France, soit un peu moins d'un quart des familles avec enfants mineurs.

Pour les CAF, les familles monoparentales sont définies comme les personnes vivant seules et assumant la charge d'un ou plusieurs enfants âgés de moins de 20 ans (moins de 21 ans pour le complément familial et les allocations logement, moins de 25 ans pour le RSA).

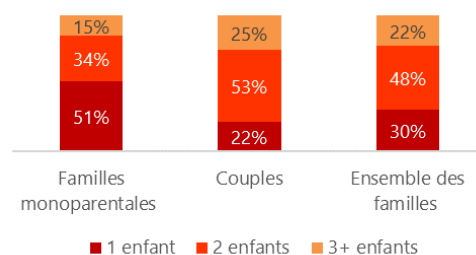
La moitié des familles monoparentales ont un seul enfant

Parmi les familles monoparentales allocataires des CAF, la moitié, soit un million de foyers, ont un unique enfant à charge et un tiers deux enfants, contre respectivement un cinquième et la moitié parmi les couples. La proportion de familles nombreuses, de 3 enfants et plus, est ainsi nettement plus élevée parmi les couples (25%, contre 15% pour les familles monoparentales cf. graphique 1).

Le risque de séparation augmentant avec l'âge des enfants, les familles monoparentales ont des enfants en

moyenne plus âgés. Ainsi, la proportion de familles monoparentales atteint seulement 15% parmi les foyers allocataires de la CAF qui ont un enfant de moins de 3 ans, contre 29% toutes tranches d'âge confondues.

Graphique 1 • Répartition des allocataires CAF selon le nombre d'enfants en 2018



Source : Calculs DSS/SDEPF/6C sur données CNAF

Une augmentation du nombre de familles monoparentales dix fois plus rapide que celle des couples avec enfants

Alors que, parmi les allocataires de la CAF, le nombre de couples avec enfants à charge est resté stable depuis 2000 (+0,2% par an), le nombre de parents isolés a augmenté en moyenne de 2% par an sur la même période. En conséquence, la part des familles monoparentales dans l'ensemble des familles est passée de 23% en 2000 à 29% en 2018 (cf. tableau 1).

Cette augmentation a été plus marquée pour les familles monoparentales de deux enfants (+2,5% par an en moyenne, contre 1,8% pour les autres structures familiales).

²⁰ L'indicateur de pauvreté en conditions de vie mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses liées à au moins huit éléments de la vie courante sur 27 considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable).

Tableau 1 • Familles allocataires des CAF selon leur nombre d'enfants, entre 2000 et 2018

Nombre d'enfants	Familles monoparentales (FM)					Ensemble des familles					Part des FM	
	Effectifs, en milliers				Croissance annuelle moyenne	Effectifs, en milliers				Croissance annuelle moyenne	2000	2018
	2000	2005	2010	2018		2000	2005	2010	2018			
1 enfant	730	860	920	1 020	1,8%	1 820	1 980	2 060	2 060	0,7%	40%	50%
2 enfants	430	540	590	680	2,5%	2 730	3 070	3 140	3 230	0,9%	16%	21%
3+ enfants	210	240	250	290	1,8%	1 430	1 450	1 460	1 490	0,2%	15%	19%
Total	1 380	1 640	1 770	1 990	2,1%	5 980	6 500	6 660	6 780	0,7%	23%	29%

Source : Calculs DSS/SDEPF/6C sur données CNAF

La prise en compte de la monoparentalité dans les prestations familiales a été progressivement renforcée ces dix dernières années

Les barèmes des prestations familiales sont aménagés pour prendre en compte les difficultés particulières des parents isolés. Ces derniers sont en effet plus fréquemment confrontés à la précarité, davantage exposés aux difficultés de concilier vie familiale et vie professionnelle, et doivent, lorsqu'ils travaillent, recourir plus souvent à la garde d'enfants.

L'allocation de soutien familial (ASF) leur est ainsi exclusivement destinée. De plus, pour la quasi-totalité des prestations (hors allocations familiales et allocation de rentrée scolaire), la prise en compte de leurs revenus est appliquée de façon plus avantageuse que pour les couples, ou le montant versé est majoré (cf. tableau 2). Enfin, les allocations familiales peuvent être partagées entre les deux parents en cas de résidence alternée (cf. encadré 3). Les prestations familiales ne représentent toutefois que l'un des leviers de la politique familiale à destination des parents isolés, qui bénéficient d'autres aides (cf. encadré 2) et de la mise en place en 2018 de l'Agence pour le recouvrement des impayés de pensions alimentaires (cf. encadré 4).

Encadré 2 • La politique familiale envers les parents isolés au-delà des prestations familiales

Au-delà des prestations familiales traitées dans cette fiche, d'autres dispositifs sont mis en place pour soutenir les familles monoparentales :

- une demi-part fiscale supplémentaire est attribuée aux parents isolés pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- une aide à la garde d'enfants pour parents isolés (AGEPI), est versée par Pole emploi aux parents isolés qui retrouvent une activité salariée ou une formation ;
- les montants du RSA et de la prime d'activité sont majorés pour les parents isolés élevant un enfant de moins de 3 ans ou pendant 12 mois à l'issue de la séparation ;
- depuis 2017, chaque parent peut bénéficier des allocations logement en cas de garde alternée, au prorata de la durée pendant laquelle il héberge l'enfant à son propre domicile ;
- localement, les familles monoparentales peuvent également accéder à des aides complémentaires auprès de leur CAF : calcul plus favorable du quotient familial qui détermine les tarifs de certains services (cantines scolaires, crèches, activités sportives, vacances...) ou encore prestations spécifiques.

Au cours des dernières années, deux mesures ont spécifiquement visé les familles monoparentales : la revalorisation de l'ASF et l'adaptation des barèmes du complément mode de garde (CMG).

D'autres mesures ont concerné l'ensemble des allocataires : elles ont de manière générale conduit à recentrer les dépenses vers les familles plus modestes. De nombreuses familles monoparentales ont ainsi pu bénéficier de ces mesures, étant plus fréquemment en situation de précarité que les couples avec enfants.

L'ASF revalorisée de 25% depuis 2014

L'allocation de soutien familial (ASF) est versée, sans condition de ressources, lorsqu'un enfant est orphelin de père ou de mère, lorsqu'il n'est pas reconnu par l'un de ses parents, lorsque le parent qui n'a pas la charge de l'enfant est hors d'état de verser une pension alimentaire, ou encore, depuis 2016, lorsque la pension alimentaire versée est inférieure au montant de l'ASF (allocation dite « différentielle »).

Elle a bénéficié à près de quatre familles monoparentales allocataires sur dix en 2018, soit 770 000 familles, en hausse de 9% par rapport à 2008 (cf. tableau 4). Cette hausse, moins rapide que celle du nombre de familles monoparentales sur la même période, s'explique par la spécificité du public qui y est éligible : les séparations qui donnent lieu au versement de pensions alimentaires suffisamment élevées ne conduisent pas au versement de l'ASF.

Le montant de l'ASF, forfaitaire, s'établit en 2020 à 116 € par enfant (montant de l'ASF partielle, versée aux parents isolés, l'ASF à taux plein étant versée lorsque l'enfant est privé de l'aide de ses deux parents). Il a été revalorisé de 25% dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté de 2013 (cf. fiche 3.7 du rapport CCSS de septembre 2016). Cette revalorisation exceptionnelle a d'autant plus bénéficié aux familles monoparentales que le nombre d'enfants à leur charge est élevé : une famille avec un enfant reçoit chaque mois, en 2020, près de 20 € de plus qu'en 2008 et une famille de 3 enfants près de 60 € supplémentaires (cf. ❶ de l'encadré 5).

Tableau 2 • Prise en compte de la monoparentalité dans les barèmes des prestations familiales en 2020

	Prestations exclusives	Majoration des plafonds	Majoration des montants
AF			
CF		•	
ASF	•		
ARS			
PN/PA		•	
AB		•	
CMG		•	•
AEEH			•
AJPP		•	•

Encadré 4 • Pension alimentaire et ARIPA

La mise en place de l'Agence pour le recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) en 2018 vise à améliorer la situation des parents séparés.

Chaque année 380 000 enfants sont concernés par la séparation de leurs parents, qu'il s'agisse d'un divorce, d'une dissolution de Pacs ou d'une rupture d'union libre. Alors que les pensions alimentaires représentent 18% des ressources des familles monoparentales, entre 30% et 40% d'entre elles étaient totalement ou partiellement impayées.

Afin de réduire ce préjudice, la LFSS pour 2017 a prévu la création de l'ARIPA. Celle-ci permet de simplifier les démarches de recouvrement des impayés de pensions alimentaires pour les familles après les séparations et en particulier, pour les familles monoparentales.

Le montant du CMG, de l'AEEH et de l'AJPP est majoré au titre de la monoparentalité

D'autres prestations, servies à l'ensemble des familles, sont augmentées si le parent est isolé. C'est le cas du complément de mode de garde (CMG) dont, les montants sont majorés de 30% pour les familles monoparentales depuis 2018. En 2020, une famille recourant à une assistante maternelle pour la garde de son enfant de moins de 3 ans pourra bénéficier d'une aide supérieure de 120 € par mois en cas de monoparentalité (cf. graphique 3). Le nombre de familles monoparentales bénéficiant du CMG a augmenté de 60% entre 2008 et 2018 passant de 50 000 à 80 000 familles. Cependant, les coûts d'une telle garde pour une famille monoparentale restant élevés, celles-ci ne représentent que 10% des bénéficiaires du CMG en 2018 (cf. tableau 4).

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé versées (AEEH) aux parents d'un enfant handicapé sont des prestations spécifiques attribuées pour soutenir les parents d'enfants gravement malades ou en situation de handicap. Les montants de ces prestations sont également majorés pour les parents isolés.

Encadré 3 • Le versement des allocations familiales en cas de résidence alternée

Les allocations familiales (AF) sont versées aux familles ayant au moins 2 enfants à charge. Les AF sont universelles mais depuis 2015 elles sont modulées en fonction des revenus et divisées par deux ou quatre au-delà d'un certain seuil. Cette mesure a peu affecté les familles monoparentales, d'une part car elles ont majoritairement moins de 2 enfants et ne perçoivent donc pas les AF et, d'autre part, car les modulations interviennent à des niveaux de revenus très élevés (cf. 6 et 7 de l'encadré 5).

Les allocations familiales sont les seules prestations familiales pouvant être partagées entre deux parents lorsque les enfants sont en résidence alternée. Cet ajustement était utilisé par 130 000 allocataires en 2018.

Les parents isolés sont moins concernés par les plafonds de ressources, que ceux-ci tiennent compte ou non de leur statut

Les familles monoparentales étant plus fréquemment confrontées à des situations de précarité, elles sont davantage représentées parmi les bénéficiaires des prestations sous conditions de ressources (cf. tableau 4).

L'allocation de rentrée scolaire (ARS) est ainsi versée sous conditions de ressources aux familles ayant au moins un enfant scolarisé âgé de 6 à 18 ans. Ces conditions de ressources sont identiques pour les couples et les familles monoparentales, mais, cette prestation, ciblée sur les familles modestes, bénéficie grandement aux familles monoparentales, qui sont plus fréquemment en situation de précarité que les couples avec enfants. En 2018, près de la moitié des allocataires de l'ARS étaient des parents isolés. Suivant la tendance démographique, l'augmentation du nombre de familles monoparentales bénéficiaires de l'ARS a été dynamique (+26% sur les dix dernières années, soit +2% par an) alors que l'effectif total des familles est resté stable (+4% entre 2008 et 2018, cf. tableau 4). Le montant de l'ARS a été revalorisé de 25% en 2012, conduisant, pour chaque enfant éligible, à une hausse de l'ordre de 40 € de cette allocation annuelle (cf. 9 de l'encadré 5).

D'autres prestations familiales sous conditions de ressources traitent différemment le fait d'être parent isolé par rapport à un couple dont un seul parent travaille. C'est donc moins la précarité liée à l'isolement que la difficulté à concilier vie familiale et vie professionnelle, qui est visée par ces ajustements de barèmes.

Ainsi, les plafonds de ressources pour le bénéfice des prestations de la PAJE, du complément familial (CF) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), sont majorés pour les parents isolés et les couples biactifs.

Le CF est versé sous conditions de revenus aux familles ayant au moins 3 enfants à charge, tous âgés de plus de 3 ans. Afin de soutenir davantage les familles nombreuses les moins aisées, le CF majoré a été créé en 2014, dans le cadre du plan pauvreté. Son montant était 10% plus élevé que le CF lors de sa création et a été augmenté de 10% chaque année entre 2014 et 2018 pour finalement atteindre 150% du CF non majoré. Cette prestation, forfaitaire et versée par famille, n'est pas spécifique aux familles monoparentales, mais elle est particulièrement concentrée sur cette catégorie de familles : 240 000 parents isolés en bénéficiaient en 2018, soit 83% des familles monoparentales avec au moins 3 enfants à charge (cf. tableaux 1 et 4). Parmi ces familles, celles qui sont éligibles au CF majoré (257,62 € en 2020) reçoivent ainsi chaque mois près de 80 € de plus qu'en 2008 (cf. 8 de l'encadré 5).

L'allocation de base de la PAJE (AB) a pour objet de contribuer aux dépenses liées à l'entretien et l'éducation d'un jeune enfant. Elle est versée sous conditions de ressources aux familles avec au moins un enfant âgé de moins de 3 ans.

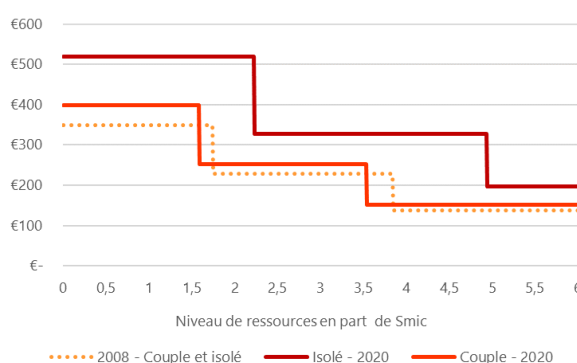
En 2014, l'AB à taux partiel a été créé, conduisant à diviser par deux le montant de l'AB reçu par une famille, au-delà d'un certain niveau de ressources. En deçà de ce niveau de ressources, l'AB à taux plein continue d'être versée. Son montant a également été gelé entre 2014 et 2018, dans l'objectif de le faire converger sur le montant du CF, moins élevé. Ce rapprochement a été accéléré en 2018, avec l'alignement des barèmes (montants et plafonds) de l'AB sur ceux du CF.

Les familles monoparentales, comme les couples, ont été concernées par ces baisses de l'AB, de l'ordre d'une quinzaine d'euros par mois entre 2008 et 2018. Pour celles qui sont restées bénéficiaires de l'AB à taux plein, cette baisse correspondant à l'alignement du montant de cette prestation sur celui du CF. Ces pertes ont en revanche atteint 120 € mensuels pour les familles concernées par la modulation du montant de l'AB qui ne reçoivent plus désormais que l'AB partielle, voire 200 € par mois pour les foyers rendus inéligibles à l'AB par l'alignement des

plafonds de ressources sur ceux du CF (cf. 2 3 4 de l'encadré 5).

Les familles monoparentales ont été relativement moins affectées par ces mesures que les couples : d'une part, parce qu'elles ne représentent que 20% des bénéficiaires de l'AB (la population des bénéficiaires de l'AB étant limitée aux parents d'enfants de moins de 3 ans et le risque de séparation augmentant avec l'âge de l'enfant), d'autre part parce qu'elles sont davantage représentées dans les déciles de revenus les plus bas, et ont donc été moins concernées par la modulation du montant de l'AB.

Graphique 3 • Montant du CMG pour l'emploi d'une assistante maternelle en 2008 et 2020



Source : DSS/SDEPF/6C - Maquette de cas-types PF

Note : Montants d'aide maximale pour une garde à temps plein, après le reste à charge de 15% pour une famille avec un enfant de moins de 3 ans

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est la seule prestation pour laquelle les plafonds de ressources sont spécifiquement majorés au titre de la monoparentalité. Il est versé aux parents d'enfants de moins de 6 ans qui recourent à une assistante maternelle ou une garde à domicile pour leurs enfants. La totalité des cotisations dues et une partie de la rémunération de la personne qui garde leur enfant est prise en charge par la branche famille, dans la limite d'un montant, modulé selon trois niveaux, en fonction des revenus.

Depuis 2012, les plafonds de ressources qui conditionnent le montant du volet rémunération du CMG sont majorés de 40% pour les parents isolés. Le barème du CMG est ainsi doublement avantageux, permettant aux parents isolés de bénéficier d'un montant d'aide plus important jusqu'à des niveaux de revenus plus élevés (cf. graphique 3).

Tableau 4 • Nombre de familles allocataires de PF selon la structure familiale en 2008 et 2018

	Familles monoparentales (FM)			Ensemble des familles			Part des FM	
	2008	2018	Evol en %	2008	2018	Evol en %	2008	2018
ARS	1140	1 410	24%	2900	3010	4%	39%	47%
AF	870	1 080	24%	4650	4880	5%	19%	22%
ASF	690	760	10%	705	770	9%	98%	99%
AB	290	300	3%	1850	1600	-14%	16%	19%
CF	190	240	26%	820	880	7%	23%	27%
CMG	50	80	60%	700	830	19%	7%	10%

Source : Calculs DSS/SDEPF/6C sur données CNAF

Les effets redistributifs de la politique familiale envers les familles monoparentales

Sur la base d'une analyse sur cas-types (cf. encadré 5), il apparaît que les ajustements des barèmes des prestations familiales sur la dernière décennie ont, dans leur ensemble, assez peu modifié la situation des parents isolés aux revenus modestes avec un ou deux enfants à charge, mais ont permis d'augmenter les montants reçus par les familles monoparentales nombreuses. Les baisses des prestations, notamment de l'allocation de base de la PAJE ont en effet été compensées par la hausse de l'ASF, et, pour les familles d'au moins 3 enfants, par celle du CF. Les familles monoparentales plus aisées ont globalement vu le montant de leurs prestations diminuer.

Cette analyse sur cas-type est toutefois limitée, le montant des prestations familiales dépendant du nombre et de l'âge des enfants, et du niveau de revenu réel des familles monoparentales, qui se trouvent fréquemment en situation de précarité.

La Drees élabore chaque année, dans le cadre du programme de qualité et d'efficacité « famille », annexé au PLFSS, un indicateur qui mesure l'impact du quotient familial, de la taxe d'habitation et des prestations sociales sur le niveau de vie médian des ménages, en fonction de leur composition.

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les dispositifs de redistribution, et notamment les prestations familiales, réduisent les écarts de niveau de vie entre les foyers, selon leur nombre d'enfants.

Ainsi, en 2018, les familles monoparentales avec un enfant ont un niveau de vie médian avant redistribution équivalent à 47% de celui des couples sans enfants ; ce taux atteint seulement 32% pour les familles monoparentales avec au moins 2 enfants. Ces situations relatives se sont dégradées depuis 2008, de respectivement 4 et 3 points (cf. graphique 4).

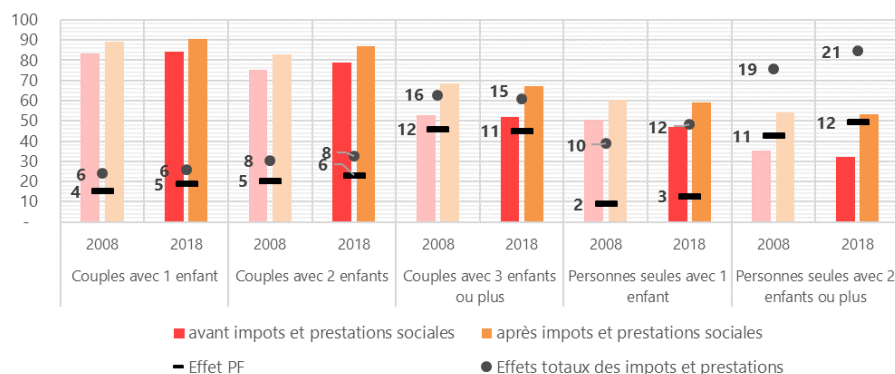
Après redistribution, le niveau de vie médian des familles monoparentales avec un enfant atteint 59% de celui des couples sans enfants, et celui des parents isolés avec au moins 2 enfants 53%. Ces proportions sont inférieures d'un point à leur niveau de 2008.

En 2018, les prestations et les impôts permettent ainsi de réduire l'écart de niveau de vie par rapport à un couple sans enfant de 12 points pour une famille monoparentale avec un enfant (contre 10 points en 2008), et de 21 points pour un parent isolé avec deux enfants ou plus (contre 19 points en 2008). Les dispositifs de redistribution ont ainsi permis d'atténuer la dégradation de la situation relative des familles monoparentales sur la période 2008-2018, sans pour autant parvenir à la compenser totalement ou à la corriger davantage.

Les prestations familiales (PF) jouent un rôle minoritaire pour les familles monoparentales avec un enfant : sur la réduction de 12 points d'écart de niveau de vie opérée en 2018 par les différents dispositifs de redistribution, les PF contribuent pour 3 points, le reste étant imputable à la fiscalité, aux minima sociaux ou aux aides au logement. Leur rôle est nettement plus important pour les familles monoparentales avec au moins 2 enfants à charge : elles contribuent pour 12 points sur les 21 points de réduction des écarts de niveau de vie.

Pour les familles monoparentales, le rôle des prestations familiales dans la réduction des inégalités horizontales s'est ainsi légèrement accru sur la période 2008-2018. Cette analyse, déclinée par décile de niveaux de vie, montrerait probablement des effets plus marqués pour les familles les plus modestes, et croissants avec le nombre d'enfants.

Graphique 4 • Effet des impôts et des prestations sociales, notamment les prestations familiales, sur le revenu médian des ménages, selon la configuration familiale en 2008 et 2018



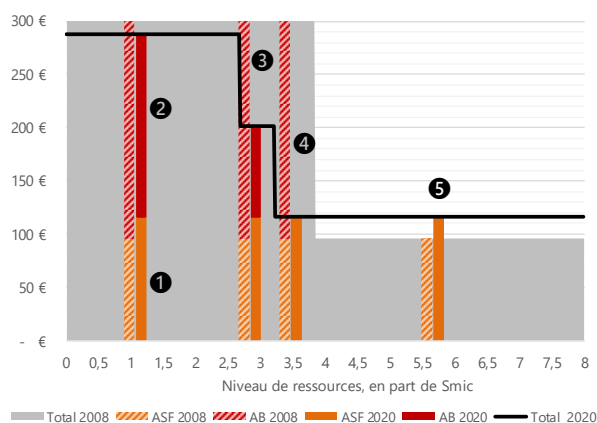
Source : PQE « famille » annexés au PLFSS pour 2009 et 2019 sur données Drees, modèle Ines

Lecture : Le niveau de vie des familles est rapporté à un référentiel 100, correspondant au niveau de vie médian d'un couple sans enfants (avant ou après redistribution). En 2018, avant redistribution le niveau de vie d'une personne seule avec 1 enfant équivaut ainsi à 47% de celui d'un couple sans enfant et à 59% après redistribution. La fiscalité et les prestations sociales permettent ainsi de réduire de 12 points les inégalités dont 3 points sont imputables aux PF.

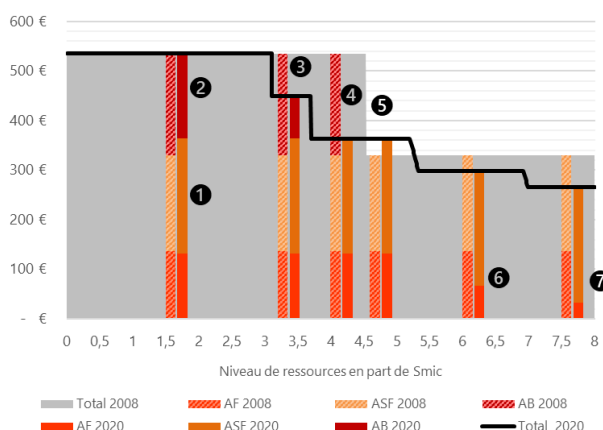
Encadré 5 • Illustration sur cas-type des modifications apportées au barème des prestations familiales entre 2008 et 2020, selon la configuration familiale et le niveau de revenu

Les graphiques ci-dessous présentent les montants mensuels de prestations perçues par trois familles monoparentales types en 2008 et en 2020, selon leur niveau de ressources. La zone grise correspond au montant total de prestations familiales (PF) perçues en 2008 et la courbe noire au montant total de PF perçues en 2020. Les barres détaillent les montants des différentes PF servies. Les données sont présentées en euros constants 2020. En conséquence, à barème inchangé, les montants des PF ont diminué de 4% en euros constants, sous l'effet des mesures de sous-indexation de la BMAF, intervenues en 2012, 2019 et 2020.

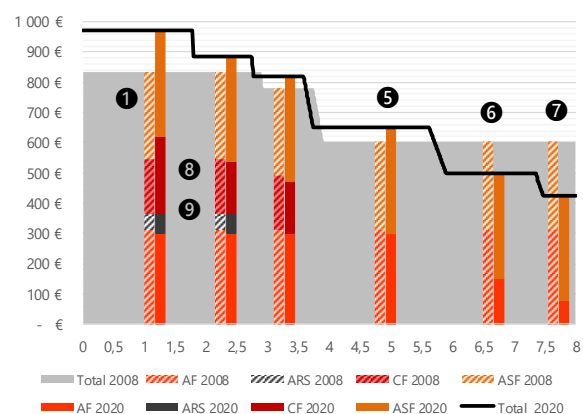
Cas-type 1 • Famille monoparentale, avec un unique enfant à charge, âgé de moins de 3 ans



Cas-type 2 • Famille monoparentale, avec deux enfants à charge, âgés de 2 et 5 ans



Cas-type 3 • Famille monoparentale, avec trois enfants à charge, âgés de 5, 7 et 12 ans



Source : DSS/SDEPF/6C - Maquette de cas-types PF

① L'ASF a été revalorisée de 25%, dans le cadre du plan pauvreté 2014-2018 (+20 € par mois pour la famille-type avec un unique enfant, respectivement +39 € et +58 € pour les familles de 2 ou 3 enfants). On fait l'hypothèse que les familles-types perçoivent la totalité de cette prestation (cas par exemple d'une pension alimentaire non versée par le parent non gardien).

② L'allocation de base (AB) de la PAJE est servie par famille au titre des enfants de moins de 3 ans. Le montant de l'AB à taux plein a été aligné sur celui du CF en 2018, soit une baisse de 33 € par mois. Le cas-type 1, avec un unique enfant, bénéficie de l'AB à taux plein jusqu'à 2,7 Smic. Jusqu'à ce niveau de rémunération, le montant total de PF versé en 2020 est donc inférieur de 14 € à celui de 2008. Le cas-type 2, qui bénéficie de l'AB à taux plein jusqu'à 3,1 Smic, reçoit, sur cette plage de revenus, un montant total de PF équivalent en 2020 à celui de 2008.

③ L'AB à taux partiel a été instaurée en 2014, conduisant à un montant d'AB inférieur de 119 € en 2020 par rapport à 2008, au-delà de 2,7 Smic pour la famille-type avec 1 enfant (3,1 Smic pour le cas-type 2).

④ A partir de 3,2 Smic pour le cas-type 1 et 3,7 Smic pour le cas-type 2, les familles ne sont plus éligibles à l'AB à taux partiel depuis l'alignement du plafond de l'AB sur celui du CF en 2018, alors qu'en 2008, ces familles percevaient l'AB à taux plein (soit une perte mensuelle de 204 €).

⑤ Au-delà des seuils de revenus qui conditionnaient le bénéfice de l'AB ou du CF en 2008, soit respectivement 3,8 Smic, 4,5 Smic et 3,6 Smic pour les cas-types 1, 2 et 3, les familles ont bénéficié de la hausse de l'ASF et ont donc bénéficié d'une augmentation du montant total de PF.

⑥ A partir de revenus équivalents à 5,3 Smic, pour les familles avec 2 enfants à charge, et de 5,7 Smic pour les familles de 3 enfants, la modulation des AF, instaurée en 2015 a conduit à une baisse 50% (soit respectivement 71 € et 162 € par rapport à 2008) du montant des AF.

⑦ Les AF ne sont plus servies qu'à 25% à partir de revenus équivalents à 7 Smic pour le cas-type 2 et 7,4 Smic pour le cas-type 3, soit des baisses mensuelles respectives de 104 € et de 237 € par rapport à 2008.

⑧ Le CF majoré, équivalent à 150% du CF, a été instauré dans le cadre du plan pauvreté 2014-2018, soit un supplément de 79 € par rapport à 2008 jusqu'à 1,8 Smic. Cette prestation, versée par famille, est servie aux familles d'au moins 3 enfants, dont le benjamin est âgé de 3 ans ou plus.

⑨ L'ARS a fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle de 25% en 2012, soit une hausse mensuelle de 10 € pour la famille-type 3, dont deux enfants ouvrent droit à l'ARS, versée à partir de 6 ans. Cette hausse est venue s'ajouter à celle de l'ASF et du CF au début de la distribution des revenus. Les familles monoparentales avec 3 enfants, dont deux scolarisés, perçoivent ainsi chaque mois 137 € de plus en 2020 qu'en 2008.

3.4 Les assiettes des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

Fin 2018, la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSI) regroupe environ 3 millions d'actifs versant près de 16 Md€ de cotisations et contributions. Parmi eux, 53% relèvent du régime des travailleurs indépendants dit « classique » (TI). Ils sont commerçants (42%), artisans (33%) ou professionnels libéraux (25%). Les 47% de travailleurs indépendants restants ont opté pour le statut de micro-entrepreneur (ME).

Cette fiche présente les spécificités des assiettes de prélèvements sociaux des TI. Le calcul et l'acquittement de ces prélèvements est complexe avec d'une part, l'existence d'assiettes distinctes pour les cotisations sociales et la CSG-CRDS et, d'autre part, un décalage temporel entre les périodes d'activité et l'acquittement définitif des prélèvements auxquels ils se rapportent. Le statut de ME, accessible sous certaines conditions, permet de simplifier ces démarches.

Une multiplicité des assiettes de prélèvements : cotisations, CSG-CRDS et minimales

Le calcul des prélèvements sociaux auxquels sont assujettis les TI repose sur deux assiettes distinctes : d'une part l'assiette des cotisations sociales couvrant les risques d'assurance maladie et maternité, les allocations familiales, l'assurance vieillesse de base et complémentaire, l'invalidité-décès et la formation professionnelle et, d'autre part, l'assiette de la CSG et de la CRDS.

L'assiette des cotisations sociales

Les deux premières années d'activité, les cotisations sociales sont provisoirement calculées sur des assiettes forfaitaires (Cf. encadré 1). A partir de la troisième année d'activité, les cotisations sociales des TI sont calculées à partir du revenu d'activité servant également pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Plus précisément, l'assiette sociale des TI est obtenue en déduisant du chiffre d'affaires ou des recettes d'activité les frais et charges réels des TI (dont les cotisations sociales et la part déductible de la CSG).

Cependant, l'assiette sociale ne tient pas compte d'un certain nombre de dispositifs qui ne s'appliquent qu'en matière fiscale et certains éléments assujettis aux cotisations sociales y sont ajoutés alors qu'ils sont exonérés d'impôts²¹.

L'assiette de la CSG-CRDS

L'assiette de CSG et de CRDS est égale à celle des cotisations sociales augmentée du montant de ces cotisations, ou, ce qui est équivalent, au chiffre d'affaires (ou recettes d'activité) diminué des charges autres que les prélèvements sociaux et diminué de la part déductible de la CSG.

Ainsi, pour les TI, l'assiette de CSG-CRDS est toujours plus large que celle des cotisations alors que les assiettes de CSG-CRDS et de cotisations sociales des salariés sont plus proches.

Une « circularité » du calcul des assiettes

Comme on vient de l'expliquer, pour les TI et à la différence des salariés, les cotisations sont déduites de leur propre assiette et il en est de même pour la part déductible de la CSG. La détermination de ces assiettes repose donc théoriquement sur un calcul circulaire (Cf. schéma 1) qui peut être source de difficultés en pratique (Cf. encadré 2).

Les assiettes minimales

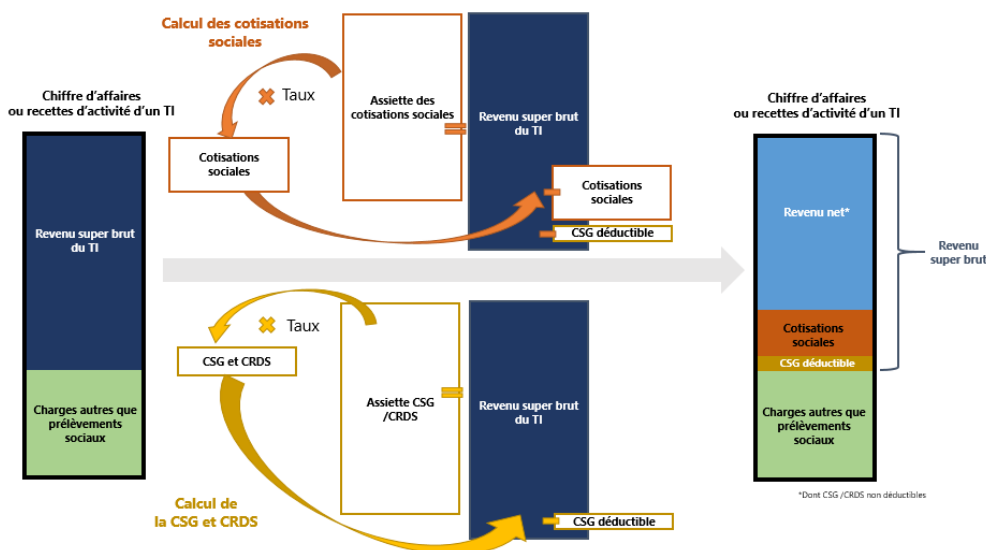
Une autre spécificité du calcul des cotisations des TI est l'existence d'assiettes minimales. Les TI sont en effet tenus de verser des cotisations minimales en cas de revenus faibles ou nuls et même en situation de déficit.

D'une part ces assiettes imposent une contribution minimale en contrepartie du bénéfice des prestations en nature de sécurité sociale (ce principe de contribution minimale étant assuré pour les actifs salariés par l'existence du salaire minimum) et, d'autre part, elles permettent au cotisant d'ouvrir des droits minimaux au titre des prestations de sécurité sociale en espèces : indemnités journalières en cas de maternité ou de maladie, pension minimale en cas d'invalidité, assurance décès et validation d'au moins 3 trimestres d'assurance retraite par année d'activité.

Le montant de l'assiette minimale en deçà duquel les TI sont soumis à la cotisation minimale varie en fonction des risques : il est de 40% du PASS pour les indemnités journalières et de 11,5% du PASS pour l'assurance vieillesse de base et l'invalidité-décès.

²¹ Pour passer de l'assiette fiscale à l'assiette sociale, on ajoute à l'assiette fiscale les plus et moins-values professionnelles, le report déficitaire, certaines exonérations d'impôt et, cotisations sociales complémentaires, la déduction forfaitaire pour frais professionnels de 10% et la part de dividendes assujettis à cotisations.

Schéma 1 : Calcul du montant des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants



Source : DSS/SDEPF/6C

Impact sur les taux de prélèvements effectifs

Compte tenu de ces différentes assiettes (cotisations, CSG/CRDS, minimales) les taux effectifs de prélèvement peuvent s'écarter significativement de la simple somme des taux « faciaux » théoriques.

Ainsi, pour un revenu fiscal net annuel de 18 236 €²², le taux de prélèvement facial total, correspondant à la somme des taux fixés par les textes, s'établit à 40,25%. Cependant, si on rapporte les montants de cotisations acquittées au revenu net, le taux effectif de cotisations s'établit en réalité à 43,49%.

Le tableau 1 permet de comparer les taux théoriques des différents prélèvements sociaux à leur taux effectif en se ramenant à une assiette unique, celle des cotisations : le revenu net. Le taux facial de CSG, soit 9,2%, est en réalité équivalent à un taux effectif de prélèvement de 11,99% sur un revenu net de 45% du PASS. C'est ce taux de 11,99% qui est directement comparable au taux des cotisations.

Pour un niveau de revenu net égal à 10% du PASS, l'écart entre le taux effectif et le taux facial total est accru (51,02% contre 37,64%) en raison des distorsions induites par les assiettes minimales. Plus le revenu est faible et plus le taux effectif de prélèvement augmente.

Tableau 1 • Ecart entre les taux faciaux et les taux effectifs pour deux niveaux de revenus

	Revenu net fiscal			
	45% du PASS (18 236€)		10% du PASS (4 052€)	
	Taux faciaux	Taux effectif par rapport au revenu net	Taux faciaux	Taux effectif par rapport au revenu net
Cotisations de sécurité sociale				
Maladie, maternité, invalidité, décès	3,40%	3,40%	0,79%	3,17%
Indemnités journalières	0,85%	0,85%	0,85%	3,40%
Veillesse plafonnée	17,15%	17,15%	17,15%	19,72%
Veillesse déplafonnée	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%
Invalidité-décès	1,30%	1,30%	1,30%	1,50%
Allocations familiales *	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Autres cotisations				
Formation professionnelle **	0,25%	0,56%	0,25%	2,50%
Retraite complémentaire	7,00%	7,00%	7,00%	7,00%
CSG et CRDS				
CSG déductible	6,80%	8,86%	6,80%	9,21%
CSG non déductible	2,40%	3,13%	2,40%	3,25%
CRDS non déductible	0,50%	0,65%	0,50%	0,68%
Taux total de prélèvements sociaux	40,25%	43,49%	37,64%	51,02%

* Le taux de la cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants varie en fonction de leur revenu d'activité (cf. encadré 1, Barème 2020 des cotisations sociales des TI au-delà de la 2ème année).

** L'assiette de la contribution à la formation professionnelle est forfaitaire et correspond au PASS.

Source : DSS/SDEPF/6C

²² Soit 45% du PASS, correspondant au revenu médian d'un artisan ou d'un commerçant en 2018.

Encadré 1 • Spécificités des prélèvements en début d'activité et taux de cotisations des TI**Assiette de prélèvement forfaitaire en début d'activité**

En début d'activité, le revenu professionnel d'un travailleur indépendant est encore inconnu puisque sa première déclaration de revenu n'interviendra que lors de sa deuxième année d'activité. Les cotisations sont donc provisoirement calculées sur des bases forfaitaires les deux premières années ; elles seront ensuite régularisées une fois la déclaration de revenu effectuée.

	1ère année en 2020		2ème année en 2020	
	BASE DE CALCUL	MONTANT DE LA COTISATION	BASE DE CALCUL	MONTANT DE LA COTISATION
Retraite de base		1 387 €		1 367 €
Retraite complémentaire	19 % PASS 2020	547 €	19 % PASS 2019	539 €
Invalidité - décès		102 €		100 €
Maladie 1	40 % PASS 2020	522 €	40 % PASS 2020	522 €
Maladie 2 (indemnités journalières)		140 €		140 €
Allocations familiales	19 % PASS 2020	0 €	19 % PASS 2019	0 €
CSG / CRDS	19 % PASS 2020	758 €	19 % PASS 2019	747 €
Formation professionnelle au titre de 2020 (payable en novembre 2020)				
Commerçant ou professionnels libéraux non réglementés		103 €		103 €
Commerçant ou professionnels libéraux non réglementés + conjoint collaborateur	1 PASS 2020	140 €	1 PASS 2020	140 €
Artisan		119 €		119 €
Montant total des cotisations (hors cotisation formation)		3 456 €		3 415 €

Exonération des cotisations : le dispositif Acre en première année d'activité

Le dispositif d'exonération de cotisations Acre vise à favoriser les créations et reprises d'entreprises, il est soumis à certaines conditions. Depuis le 1^{er} janvier 2020, les bénéficiaires doivent être créateurs ou repreneurs d'entreprise au régime TI ou ME relevant de l'une des catégories prévues à l'article L. 5141-1 du Code du travail (les demandeurs d'emploi, bénéficiaires du RSA, les jeunes âgés de 18 à moins de 26 ans...). Les bénéficiaires ne doivent pas en outre avoir déjà bénéficié du dispositif au cours des 3 dernières années.

Le dispositif constitue à exonérer de cotisations de sécurité sociale le créateur ou repreneur d'entreprise pour la fraction de son revenu inférieure à 1 PASS (soit 41 136 € en 2020) pendant sa première année d'activité. L'exonération concerne les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'assurance invalidité et décès, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse, à l'exception de la retraite complémentaire.

Ces cotisations sont exonérées en totalité lorsque le revenu est inférieur ou égal à 75% du PASS. Au-delà de ce seuil de revenu, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal à 1 PASS.

En 2020, environ 75% des créateurs ou repreneurs d'entreprises bénéficieront de l'Acre.

Barème 2020 des cotisations sociales des TI au-delà de la 2^{ème} année d'activité :

COTISATION	BASES DE CALCUL	TAUX
Maladie 1	Revenu professionnel inférieur à 16 454 €	0 à 3,16 %
Artisan, commerçant, professions libérales	(40 % du PASS*)	
	Revenu professionnel compris entre 16 454 € et 45 250 €	3,16 à 6,35 %
	(40 à 110% du PASS**)	
	Revenu professionnel compris entre 45 250 € et 205 680 €	6,35%
	(110 % du PASS et 5 PASS)	
	Part de revenus supérieures à 205 680 €	6,50%
	(5 PASS)	
Maladie	Revenu professionnel < 45 250 € (110% du PASS**)	1,5 à 6,5 %
Professions libérales réglementées	Revenu professionnel > 45 250 € (110 % du PASS)	6,50%
Maladie 2 (indemnités journalières)	Revenu dans la limite de 205 680 € (5 PASS)	0,85%
Retraite de base	Revenu dans la limite de 41 136 € (1 PASS)	0,1775
	Revenu au-delà de 41 136 € (1 PASS)	0,60%
	Revenu dans la limite de 38 340 €***	7%
Retraite complémentaire	Revenu compris entre	
	38 340 €*** et 164 544 € (4 PASS)	8%
Invalidité - décès	Revenu dans la limite de 1 PASS	1,30%
	Revenu professionnel inférieur à 45 250 € (110 % du PASS)	Taux nul
Allocations familiales	Revenu compris entre 45 250 € et 57 590 €	0 à 3,10 %
	(110 % et 140 % du PASS)	
	Revenu professionnel supérieur à 57 590 €	3,10%
	(140 % du PASS)	
CSG - CRDS	Revenu professionnel + cotisations sociales obligatoires	9,70%
	Revenus de remplacement	6,70%
Formation professionnelle due au titre de 2020 payable en novembre 2020	Commerçant	0,25%
	Sur la base de 1 PASS 2020	
	Commerçant + conjoint coll.	0,34%
	Sur la base de 1 PASS 2020	
	Artisan	0,29%
	Sur la base de 1 PASS 2020	

* En cas de revenu professionnel < 40 % PASS : double réduction du taux

** En cas de revenu professionnel < 40 % PASS : réduction unique du taux

*** Plafond spécifique du régime complémentaire des indépendants

Un décalage entre les revenus contemporains et ceux sur lesquels les prélèvements sont calculés

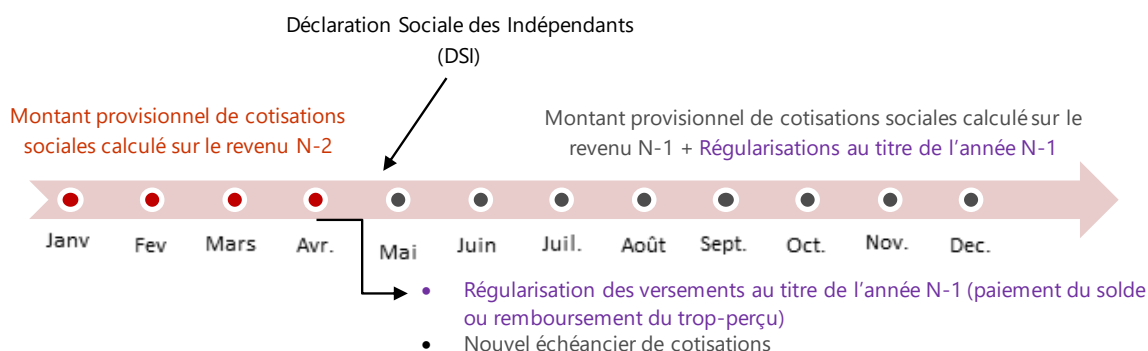
Le revenu réel d'un TI n'est connu qu'après la clôture de l'exercice comptable, lorsqu'il a pu constater l'ensemble de ses frais et charges réels. Les cotisations versées au cours de l'année ne peuvent donc pas être calculées sur la base du revenu contemporain.

Versement d'un montant provisionnel puis calcul d'une régulation

Ainsi, l'acquittement des prélèvements sociaux s'effectue en deux temps pour les TI. Des cotisations provisionnelles au titre de l'année N sont payées sur la base du dernier revenu définitif connu (ou sur des bases forfaitaires les premières années, cf. encadré 1), puis ces cotisations sont régularisées l'année suivante en fonction des revenus définitifs.

Plus en détail, en début d'année N, le revenu pris en compte pour la détermination des cotisations sociales provisionnelles est celui de N-2 (Cf. schéma 2). Puis les TI déclarent leur revenu N-1 et les cotisations qui s'y rapportent *via* la déclaration sociale des indépendants (DSI). Cette déclaration de revenus permet d'établir la base de calcul de toutes les cotisations sociales obligatoires dues au titre de l'activité indépendante en N-1. Suite à la DSI, les cotisations dues au titre de N-1 sont régularisées en tenant compte des versements provisionnels déjà effectués. L'assuré reçoit ainsi un nouvel échéancier de paiement des cotisations sur 12 mois comprenant : la régularisation de ses cotisations N-1 sur la base du revenu définitif N-1 et le montant de ses cotisations N (et début N+1) sur la base de ses revenus N-1.

Schéma 2 : Versement des cotisations sociales par les TI au titre de l'année N



Source : DSS/SDEPF/6C

Un effet différé des variations de revenu sur les cotisations

En l'absence de variation de revenu d'un exercice à l'autre pour un TI, le mode de versement des cotisations n'a pas d'impact sur sa trésorerie et les cotisations provisionnelles sont égales aux cotisations définitives. Si en revanche son revenu varie de manière importante d'un exercice à l'autre, cette variation ne modifiera le montant des cotisations versées que l'année suivante.

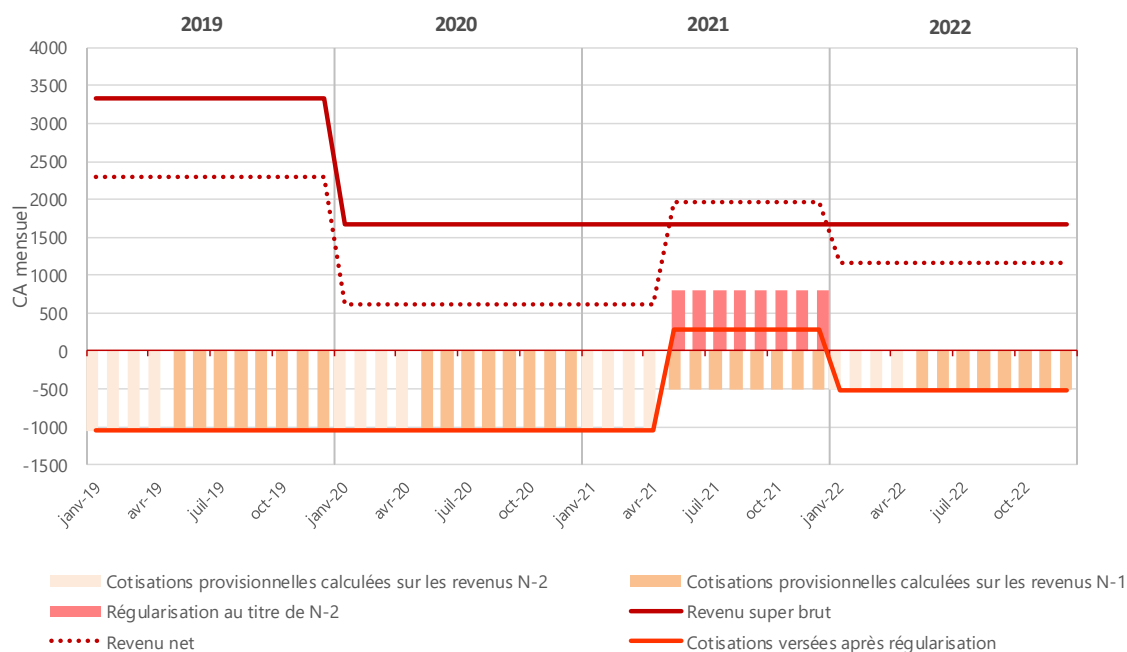
A titre d'illustration, un commerçant qui voit son revenu diminuer de moitié (par exemple de 40 000 € en 2019 à 20 000 € en 2020) va continuer à payer des cotisations provisionnelles sur la base du dernier revenu connu (soit 40 000 €) durant toute l'année 2020 et ne bénéficiera de la régularisation positive qu'après la DSI de 2021 (Cf. graphique 1).

A l'inverse, un TI dont le revenu doublerait entre 2019 et 2020 devra au contraire s'acquitter d'une régularisation négative importante en 2021.

Ces décalages peuvent entraîner ponctuellement d'importantes difficultés de trésorerie (il peut se produire la même année une hausse des cotisations et une baisse de l'activité). Ils peuvent cependant être minimisés. D'une part en inscrivant une charge en anticipation d'une régularisation négative (qui vient réduire l'assiette des cotisations dues), d'autre part en demandant l'anticipation de la régularisation annuelle déclenchant un nouveau calcul de cotisations, plus en adéquation avec la réalité du revenu contemporain.

Par ailleurs une expérimentation est en cours dans les régions Languedoc Roussillon et Ile de France qui offre un télé-service permettant aux cotisants de moduler leurs acomptes de cotisations en temps réel.

Graphique 1 • Effet des variations de revenu sur le paiement des cotisations – Cas type d'un commerçant ayant un revenu annuel de 40 000 € de 2017 à 2019 qui baisse à 20 000 € en 2020



Source : DSS/SDEPF/6C

Encadré 2 : Calcul de l'assiette et des prélèvements en pratique

Lors de sa déclaration sociale, un TI doit être capable de calculer ses cotisations sociales au titre de l'année N afin de pouvoir les déclarer simultanément à ses revenus perçus au titre de la même année. Ce calcul se révèle plus ou moins complexe selon le statut juridique et le type de comptabilité de son entreprise.

Les gérants de sociétés relevant de l'impôt sur les sociétés décident d'un montant de rémunération à se verser tous les mois de l'année N. Puisque ce montant est fixé par eux et donc connu, qu'il constitue l'assiette des cotisations, le calcul des prélèvements sociaux est direct et simple (taux x assiette), sans phénomène de circularité.

Il en est de même pour les TI ayant recours à une comptabilité de trésorerie : pendant l'année N, chaque mouvement de trésorerie (encaissement ou décaissement) est enregistré au titre de l'année N, indépendamment de la date du fait générateur de ce mouvement. Ce type de comptabilité est autorisé pour les entreprises qui relèvent des bénéfices non commerciaux (BNC), c'est-à-dire en majorité des professionnels libéraux. Pour ces TI, le montant de cotisations dû au titre de l'année N est égal à l'ensemble des cotisations provisionnelles déjà payées. Ils calculent ainsi aisément leur revenu net au titre de l'année N en retranchant de leur chiffre d'affaire les charges réelles et la somme des cotisations déjà versées.

Dans le cas d'un TI avec une comptabilité d'exercice (la plupart des artisans et commerçants non micro-entrepreneurs), les produits et charges sont rattachés à différents exercices en fonction de leur fait générateur : une dette contractée en décembre 2019 et payée en 2020 sera comptabilisée en charge de l'exercice 2019. Cela vaut également pour les cotisations qu'il doit provisionner en totalité même s'il en paiera (ou qu'on lui en remboursera) une partie seulement l'année suivante. Au moment de sa déclaration de revenus de l'année N-1, soit au printemps de l'année N, le TI doit donc pré-calculer le montant de ses cotisations sociales en évaluant, au regard des revenus déclarés, le montant qu'il devra acquitter au titre de l'année N-1. Ce TI est donc confronté au calcul circulaire évoqué ci-dessus, un calcul qui se résout théoriquement par itérations successives.

Dans la pratique, les travailleurs indépendants qui sont soumis à une comptabilité d'exercice ont le plus souvent recours aux services d'un expert-comptable doté des outils permettant d'effectuer ce calcul et de déterminer le montant de cotisation ainsi que le revenu fiscal à déclarer.

Des modalités de calcul différentes pour les micro-entrepreneurs

Le régime de micro-entrepreneur (ME) est un régime simplifié. Sous certaines conditions, les travailleurs indépendants avec un chiffre d'affaires peu élevé peuvent bénéficier de formalités allégées de déclaration et de paiement des cotisations sociales. Cette simplification est permise par la dispense pour le ME de suivre ses frais et charges puisque qu'ils sont pris en compte par l'application d'un abattement forfaitaire (Cf. encadré 3).

Une assiette unique pour les cotisations et contributions sociales

L'assiette des cotisations et contributions sociales correspond au chiffre d'affaire du micro-entrepreneur. Pour le calcul des prélèvements sociaux, on applique sur ce chiffre d'affaire un taux global couvrant les risques d'assurance maladie et maternité, les allocations familiales, l'invalidité et le décès, la retraite de base et la retraite complémentaire et la CSG et la CRDS.

Ce taux unique de cotisation est déterminé en prenant en compte un abattement forfaitaire de charges sur le chiffre d'affaires de manière à garantir, conformément à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale :

« un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable au même titre aux revenus des travailleurs indépendants ».

Une assiette permettant d'éviter les régularisations de prélèvements

Puisque les charges des ME sont forfaitisées, ceux-ci ne sont pas contraints d'attendre la clôture de l'exercice comptable pour connaître leur revenu. Aussi, les ME déclarent mensuellement ou trimestriellement les recettes encaissées et les cotisations sociales définitives rattachées à ces périodes sont directement réglées. Il n'y a donc pas de mécanisme d'appels de cotisations provisionnelles suivi de régularisations ultérieures.

Absence d'assiette minimale

Il n'existe pas d'assiette de cotisations minimales pour les ME. En cas de chiffre d'affaire nul, les ME n'acquittent aucun prélèvement social. L'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie et aux prestations maternité et paternité est néanmoins soumise à des conditions minimales de revenus et de durée d'affiliation.

Encadré 3 • Le statut de micro-entrepreneur et son barème de cotisations

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 chiffre d'affaire, 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. Depuis 2013, les taux appliqués au chiffre d'affaires des auto-entrepreneurs sont égaux aux taux de droit commun mais intègrent un coefficient d'abattement forfaitaire de chiffre d'affaires (71% pour les activités d'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 partir de cette date sont obligatoirement des micro-entrepreneurs.

En 2018, les seuils de chiffres d'affaire maximaux permettant l'appartenance à ce régime ont été doublés et sont désormais d'environ 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. Cette hausse des seuils a fait augmenter fortement le nombre de ME (+13% en 2018) qui représentaient alors 41% des travailleurs indépendants soit 1,4 millions de cotisants (cependant environ un tiers des ME déclarent un revenu nul). Les quatre principaux secteurs d'activité d'exercice des ME sont les services aux entreprises (20%), le commerce (19%), les services aux particuliers (19%) et la construction (13%). Leur revenu moyen s'établissait à 5630 €, soit 470 €/mois en 2018.

Barème micro-entrepreneur en 2020

Activité	Assiette	Taux de cotisations totales *
Vente de marchandises (BIC)	Chiffre d'affaires	12,9%
Prestation de services BIC (artisanale)		22,3%
Prestation de services BNC (commerciale)		22,2%
Libérale		22,2%

* y compris contribution à la formation professionnelle

3.5 Le marché du médicament en officine de ville en 2019

En 2019, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville continue de progresser pour la seconde année consécutive, et atteint 19,1 Md€, en hausse de 2,7%. Cette évolution s'explique en grande partie par la montée en charge des molécules arrivées sur le marché officinal en 2018 qui étaient auparavant exclusivement disponibles à l'hôpital. Ces médicaments, qui comprennent principalement des anticancéreux et des produits indiqués dans le traitement de l'hépatite C, contribuent à eux seuls pour 1,9 point à la croissance du chiffre d'affaires en 2019. Le passage de médicaments hospitaliers en ville s'est poursuivi en 2019 avec l'arrivée de six nouvelles molécules, dont l'anticancéreux Tagrisso®, contribuant pour 0,6 point à la croissance.

La croissance des ventes des médicaments remboursables est également portée par la progression toujours soutenue des nouveaux anticoagulants oraux Eliquis® et Xarelto®, et par l'inscription au remboursement des substituts nicotiniques en 2019, en application du plan « Priorité Prévention » et en remplacement du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an. À l'inverse, le dynamisme des génériques et les différentes mesures de maîtrise des dépenses de médicaments, qui reposent en grande partie sur des baisses de prix, modèrent l'évolution du chiffre d'affaires.

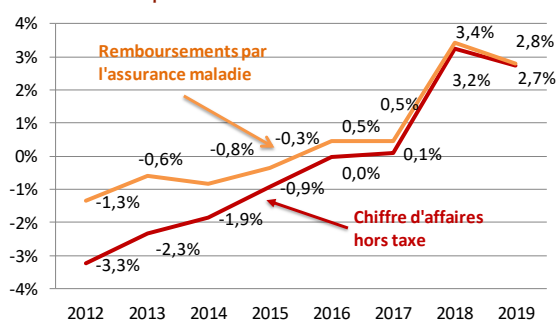
Les remboursements par l'assurance maladie de médicaments délivrés en ville évoluent à un rythme proche (+2,8% en 2019) de celui du CAHT alors qu'ils sont habituellement plus dynamiques (cf. graphique 1). En effet, les médicaments délivrés dans le cadre de certaines maladies chroniques (affections de longue durée), dont le nombre progresse tendanciellement, sont remboursés à 100%, et contribuent ainsi au dynamisme des prises en charge par l'assurance maladie. D'autres facteurs ont néanmoins pu jouer en sens inverse, tels que les ventes inhérentes à l'automédication, les comportements de stockage des médicaments par les pharmaciens, et les modifications de taux de remboursement suite à réévaluation du service médical rendu. De même, l'évolution des marges des distributeurs a également pu affecter l'évolution des remboursements, en particulier en 2019 avec la modification des paramètres de calcul des marges des pharmaciens, dans le cadre de la signature de l'avenant 11 à la convention nationale des pharmaciens (cf. encadré 1).

Un marché du médicament remboursable de ville toujours dynamique en 2019, porté par le passage de médicaments hospitaliers en ville

Après une contraction de -2,0% en moyenne entre 2011 et 2015 et deux années de stabilisation en 2016 et 2017, les deux dernières années sont marquées par une progression sensible du chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville (+2,7% en 2019, après +3,2% en 2018, 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. Ce dernier effet pousse la dépense à la hausse lorsque la consommation de médicaments se déplace vers des produits récents et

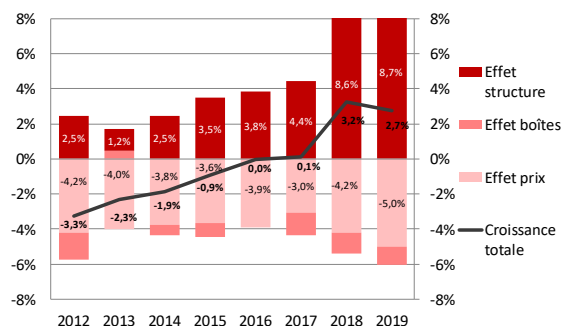
onéreux ; à l'opposé, il la tire vers le bas notamment lorsque la pénétration des génériques progresse. Malgré un effet des baisses de prix plus important que les années précédentes (-5,0% en 2019, contre -4,2% en 2018 et -3,0% en 2017), le marché des médicaments remboursables en ville progresse sensiblement en 2019 en raison d'un « effet de structure » particulièrement fort à +8,7% (cf. graphique 2). L'arrivée en ville en 2018, puis en 2019, de nombreuses molécules auparavant réservées à la distribution hospitalière contribue pour +2,6 points à cette dynamique. Au-delà de cet effet de périmètre, l'« effet de structure » est également soutenu par le remboursement au réel des substituts nicotiniques depuis le 1^{er} janvier 2019 ainsi que par la déformation de la consommation vers des produits innovants et coûteux.

Graphique 1 – Croissance du CAHT de médicaments en officine de ville et des dépenses de médicaments remboursées par la CNAM



Sources : DSS/6B – données GERS pour le CAHT (marché de ville remboursable) et données CNAM pour les dépenses remboursées (données brutes en date de soin du régime général, France métropolitaine).

Graphique 2 – Décomposition de la croissance du CAHT de médicaments en officine de ville



Source : DSS/6B – CAHT données GERS, marché de ville remboursable

Lecture : en 2019, le marché du médicament de ville progresse de 2,7%, en raison d'un effet baisse de prix de -5,0%, d'une diminution du nombre de boîtes vendues de -1,1% et d'un effet de structure de 8,7%.

Les classes thérapeutiques en hausse sont indiquées dans le traitement de pathologies lourdes

Les classes en croissance enregistrent une augmentation de leur chiffre d'affaires de 1,2 Md€ entre 2018 et 2019 (+13%) et contribuent pour +6,6 points à l'évolution du marché remboursable en ville (cf. tableau 1). Les cinq classes à plus forte croissance (+49% pour l'ensemble des cinq classes) contribuent à elles seules pour plus d'un tiers à cette augmentation (2,6 points, soit +476 M€), alors qu'elles représentent moins de 8% du chiffre d'affaires total. À l'exception des traitements antitabac, celles-ci concernent le traitement de pathologies lourdes. Les antinéoplasiques inhibiteurs de protéines kinases, indiquées notamment dans de nombreux cancers, constituent la classe la plus contributrice, en lien avec la forte progression d'Ibrance®, transféré du marché hospitalier vers celui de la ville en 2018, et dans une moindre mesure, avec l'arrivée de deux nouveaux anticancéreux Verzenios® et Kisqali®. Les anticoagulants

oraux d'action directe (NACO), déjà en troisième position l'an dernier, continuent de croître rapidement et arrivent cette année en deuxième position. Ainsi, Eliquis® et Xarelto®, au service médical rendu (SMR) important dans la prévention des AVC et le traitement de la thrombose veineuse, contribuent pour +0,6 point à la croissance totale du chiffre d'affaires (+103 M€). Comme l'année précédente, les médicaments de la classe des inhibiteurs d'interleukine dont Stelara®, qui a bénéficié d'une extension d'indication dans le traitement de la maladie de Crohn au cours de l'année 2017, et Tremfya®, arrivé sur le marché en février 2019, sont également en forte hausse (+77 M€, soit une contribution de +0,4 point). Avec une contribution à la croissance de +0,3 point, la quatrième place de ce classement est occupée par les produits antitabac inscrits au remboursement depuis le 1^{er} janvier 2019. Enfin, Entresto®, indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique et commercialisé en ville depuis le dernier trimestre 2018, contribue également pour +0,3 point à la croissance du chiffre d'affaires en 2019.

Tableau 1 – Les 5 classes thérapeutiques ayant le plus contribué à la croissance du CAHT en 2019

Rang	Classe thérapeutique Ephmra niveau 4	CA 2018	CA 2019	Croissance 2019 / 2018 (M€)	Contribution à la croissance	PartOdu CA
1	L01H5 - ANTINEOPL.INHIB.PROT KINASE CDK 4/6	171	348	177	1 pt	1,8%
	dont Ibrance®	171	331	161		95,2%
	dont Verzenios®	0	10	10		3,0%
2	B01F - INHIBITEURS DIRECTS FACTEUR XA	532	635	103	0,6 pt	3,3%
	dont Eliquis®	261	348	87		54,8%
	dont Xarelto®	271	287	17		45,2%
3	L04C - INHIBITEURS INTERLEUKINE	223	300	77	0,4 pt	1,6%
	dont Stelara®	105	137	32		45,7%
	dont Tremfya®	0	14	14		4,5%
4	N07B - PDTS ANTI-TABAC	42	105	63	0,3 pt	0,5%
	dont Nicopatchlib®	0	27	27		25,4%
	dont Nicorette®	4	18	14		16,9%
5	C09D9 - ANTAG. ANGIOTENSINE II+AUTRES PDTS	12	67	56	0,3 pt	0,4%
	dont Entresto®	12	67	56		100,0%
Total des 5 premières classes		979	1 455	476	2,6 pt	7,6%
Total des classes qui tirent positivement la croissance		9 310	10 545	1 235	6,6 pt	55,1%
Total marché ville remboursable		18 629	19 140	511	2,7%	100,0%

Source : calculs DSS/SD6/6B d'après données GERS à fin décembre 2019.

Lecture : la classe des inhibiteurs de protéine kinase CDK 4/6 réalise un CAHT de 348 M€ en 2019, soit 1,8% du marché remboursable en ville. Cela représente une croissance de 177 M€, soit 1 point de l'évolution totale du marché en 2019 par rapport à l'année 2018.

Les politiques de baisses de prix et de promotion des médicaments génériques permettent de contenir la croissance du marché officinal

Les classes thérapeutiques en baisse reflètent les baisses de prix réalisés en 2019

Les cinq classes de médicaments ayant le plus contribué à la baisse du CAHT global en 2019 représentent une baisse de 183 M€, soit une contribution de -1,0 point (cf. tableau 2). Il s'agit principalement de classes qui ont été concernées par des baisses de prix ciblées, ou faisant l'objet de tombées de brevets. En 2019, les baisses de prix réalisées par le Comité économique des produits de santé

(CEPS) sur les médicaments de ville ont permis de générer une économie pour l'assurance maladie de 876 M€¹.

Parmi les cinq classes en plus fort recul, trois entrent elles ont fait l'objet d'importantes baisses de prix, notamment dans le cadre des mesures de convergence des prix mises en œuvre par le CEPS². Il s'agit des inhibiteurs de la pompe à protons (qui se situent au 1^{er} rang des classes les plus contributrices à la décroissance du CAHT en 2019), des statines (2^{ème} rang) et des inhibiteurs des protéines kinase (5^{ème} rang).

¹ Montant estimé par la Direction de la sécurité sociale sur les médicaments délivrés en officine de ville (hors rétrocession), sur la base du nombre de boîtes remboursées par l'Assurance maladie en 2018.

² Dans les classes fortement génériquées, le CEPS peut proposer une convergence des prix PFHT des principes entre eux d'une part et des médicaments génériques entre eux d'autre part au sein d'une classe thérapeutique dont les produits rendent un niveau de service médical homogène.

S'agissant des inhibiteurs de protéase (4^{ème} rang), le développement des génériques consécutive à la tombée de brevet de l'antirétroviral Darunavir (Prezista®) en 2019 s'est traduit par des baisses de prix et a entraîné la

substitution de la consommation du princeps par ses génériques. Enfin, la baisse du chiffre d'affaires de la classe des analgésiques (3^{ème} rang) s'explique par une baisse des unités vendues d'environ 5% en 2019.

Tableau 2 – Les 5 classes thérapeutiques ayant le plus tiré vers le bas la croissance du CAHT en 2019

Rang	Classe thérapeutique Ephmra niveau 4	CA 2018	CA 2019	Croissance 2019 / 2018 (M€)	Contribution à la croissance	Part du CA
1	A02B2 - INHIBITEURS POMPE PROTONS dont <i>Inexium®</i>	358 39	316 33	-43 -5	-0,2 pt	1,6% 10,6%
2	C10A1 - STATINES (INHIB.HMG-COA REDUCT.) dont <i>Crestor®</i>	286 20	248 16	-38 -4	-0,2 pt	1,3% 6,4%
3	N02B - ANALGES. NON NARCOT. ANTIPYR. dont <i>Dafalgan®</i> dont <i>Doliprane®</i>	617 68 243	582 62 237	-35 -6 -6	-0,2 pt	3,0% 10,6% 40,7%
4	J05C2 - INHIBITEURS DE PROTEASE dont <i>Prezista®</i>	91 65	57 29	-34 -36	-0,2 pt	0,3% 50%
5	L01H1 - ANTINEOPL.INHIB.PROT KINASE BCR-ABL dont <i>Glivec®</i>	244 66	210 33	-34 -33	-0,2 pt -0,2 pt	1,1% 15,7%
Total des 5 dernières classes		1 596	1 413	-183	-1 pt	7,4%
Total des classes qui tirent négativement la croissance		9 319	8 595	-724	-3,9 pt	44,9%
Total marché ville remboursable		18 629	19 140	511	2,7%	100,0%

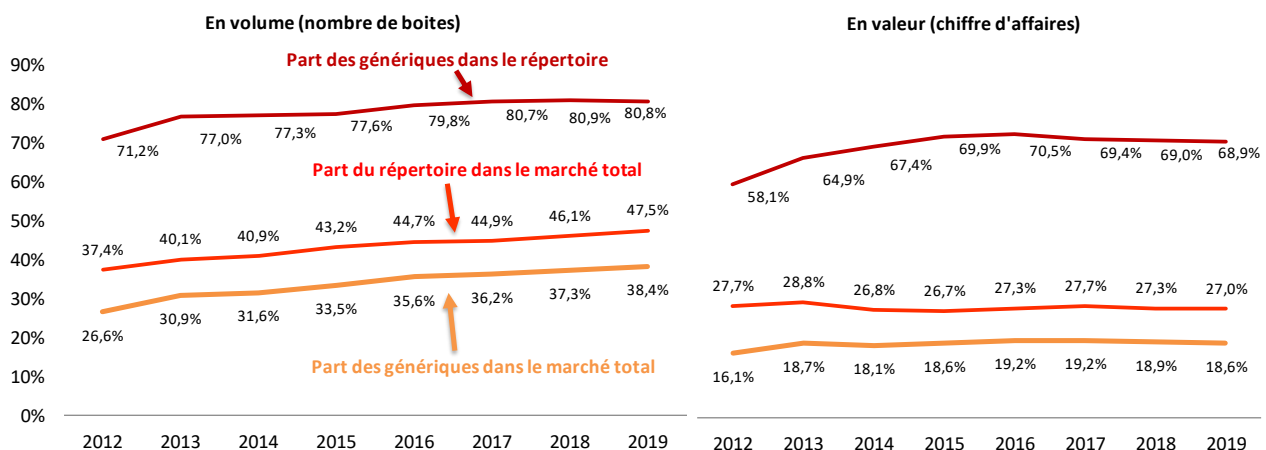
Lecture : la classe des inhibiteurs de la pompe à protons réalise un CAHT de 316 M€ en 2019, soit 1,6% du marché remboursable en ville. Cela représente une baisse de 43 M€, soit -0,2 point de l'évolution totale du marché en 2019 par rapport à l'année 2018.

La progression du marché des médicaments génériques se poursuit en 2019

Le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) du répertoire exploité (qui réunit les « groupes génériques », comprenant la spécialité de référence – médicaments princeps – et ses génériques) est de 5,2 Md€ en 2019. Il représente 27% du marché global remboursable en ville et affiche une croissance de +1,8% en 2019 (cf. graphique 3). Le nombre de boîtes vendues au sein du répertoire exploité

s'élève à 1,2 milliards en 2019, soit 47,5% du marché remboursable en ville, en progression de +1,9%. Le CAHT des médicaments génériques s'établit à 3,6 Md€, en hausse par rapport à 2018 (+1,6%), et représente 69% du chiffre d'affaires du répertoire. En 2019, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un médicament générique (38,4% contre 37,3% en 2018). Le taux de pénétration des génériques dans le répertoire, en volume, s'élève ainsi à 80,8% en moyenne sur l'année 2019, proportion quasi stable par rapport à 2018 (80,9%).

Graphique 3 – Taux de pénétration des génériques depuis 2012



Source : DSS/6B – Données GERS, marché de ville remboursable.

Lecture : en 2019, le répertoire (qui référence les « groupes génériques » comprenant la spécialité de référence – médicaments princeps – et ses génériques) représente 47,5% du marché remboursable en ville en volume et 27% en valeur. En volume, le taux de pénétration dans le répertoire s'élève à 81% et plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique (38%) en 2019.

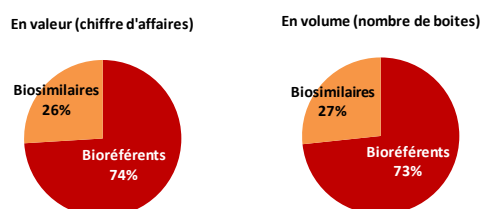
Le marché des biosimilaires est porté par l'arrivée de nouveaux produits

Le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments biosimilaires est de 320 M€ en ville en 2019, en hausse de 133 M€ par rapport à 2018. Le chiffre d'affaires des biosimilaires représente 26% du marché composé des médicaments biologiques de référence et de l'ensemble des biosimilaires qui leur sont associés en 2019, contre 14% en 2018 (cf. graphique 4). En volume, les biosimilaires représentent 27% de ce marché (16% en 2018). Le nombre de boîtes de biosimilaires vendues s'élève ainsi à 3,2 millions, en hausse de 70% par rapport à 2018. Ce dynamisme est porté par l'arrivée de nombreux biosimilaires au cours de ces dernières années. En 2019, quatre nouveaux biosimilaires ont été commercialisés en ville : trois biosimilaires d'Humira® (Hulio®, Hyrimoz®, Idacio®) de la classe des anti-TNF, deux biosimilaires de Neulasta® (Pelmeg®, Ziextenzo®) de la classe des

facteurs de croissance hématopoïétique (G-CSF), un biosimilaire de Lovenox® en septembre 2018 (Inhixa®) de la classe des héparines fractionnées et enfin le 1^{er} biosimilaire de Forsteo® (Movymia®) de la classe des hormones parathyroïdiennes.

Le taux de pénétration en volume des biosimilaires dans le marché bioréférents-biosimilaires est variable d'une classe à l'autre, en lien avec leur date d'arrivée sur le marché (cf. graphique 5). Ainsi, les biosimilaires de la classe des facteurs de croissance G-CSF, dont les premiers ont été commercialisés en octobre 2009, représentent désormais 80% des volumes du marché bioréférents-biosimilaires, contre 17% pour ceux des anti-TNF (avec Benepali® et Erelzi®, biosimilaires de Enbrel®, commercialisés respectivement en octobre 2016 et en décembre 2017) et 16% pour ceux de la classe des héparines fractionnées (avec Enoxaparine Crusia® et Inhixa®, biosimilaires de Lovenox®, arrivés respectivement en septembre 2018 et octobre 2019).

Graphique 4 – Parts de marché des médicaments biosimilaires en ville en 2019*

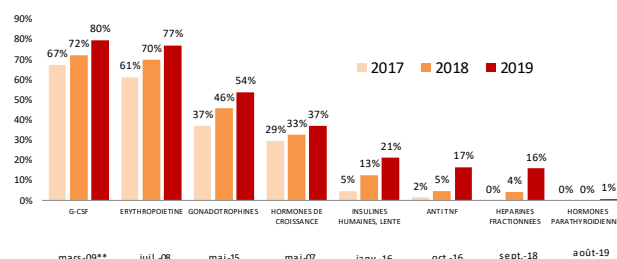


Source : DSS/6B – Données GERS, marché de ville remboursable

* Le marché retenu comprend les médicaments biologiques de référence et leurs biosimilaires.

Lecture : en 2019, les biosimilaires représentent 27% des boîtes vendues en ville et 26% du chiffre d'affaires hors taxe sur un marché formé par les médicaments de référence et l'ensemble des biosimilaires qui leur sont associés.

Graphique 5 – Taux de pénétration en volume des médicaments biosimilaires par classe*



Source : DSS/6B – CAHT données GERS, marché de ville remboursable

* Le marché retenu comprend pour chaque classe les médicaments biologiques de référence et leurs biosimilaires.

** Date d'arrivée sur le marché du premier biosimilaire.

Lecture : en 2019, les médicaments biosimilaires représentent 80% des volumes vendus sur un marché formé par les médicaments biologiques de référence et l'ensemble des produits biosimilaires de la classe G-CSF.

Encadré 1 • Avenant 11 à la convention nationale des pharmaciens et honoraires de dispensation

La rémunération des pharmacies d'officine sur les médicaments remboursables a sensiblement évolué ces dernières années afin de la rendre moins dépendante de l'évolution du prix des médicaments. Historiquement assise sur le prix fabricant hors taxes (PFHT), elle intègre depuis le 1^{er} janvier 2015 un honoraire au conditionnement prenant la forme d'un forfait hors taxes par boîte (1,02€ en 2019) et un honoraire par ordonnance complexe¹ (0,51€ en 2019). L'avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens signé le 20 juillet 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) poursuit la réforme engagée en 2015 sur la rémunération des officines avec la mise en place de nouveaux honoraires, venant en substitution partielle de la marge réglementée assise sur les prix des produits. A compter du 1^{er} janvier 2019, trois nouveaux honoraires ont ainsi été créés :

- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution d'une prescription contenant des médicaments remboursables (0,51€ en 2019 et 2020) ;
- un honoraire de dispensation pour les médicaments dits spécifiques² (2,04€ en 2019, revalorisé à 3,57€ en 2020) ;
- un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants de moins de trois ans et des patients âgés de plus de 70 ans (0,51€ en 2019, revalorisé à 1,58€ en 2020).

L'avenant 11 prévoyait initialement une revalorisation de l'honoraire de dispensation pour ordonnance complexe à 1,02€ en 2020 (contre 0,51€ en 2019), mais en raison d'une évolution plus dynamique que prévue des nouveaux honoraires et afin de garantir l'équilibre économique de la réforme, l'honoraire de dispensation pour les ordonnances complexes a été ramené à 0,31€ en 2020 (avenant 19 à la convention nationale des pharmaciens). En contrepartie, les paramètres de la marge assise sur les prix des médicaments ont progressivement été modifiés entre 2018 et 2020, avec un transfert total de l'ordre de 1,25 Md€ vers les nouveaux honoraires de dispensation (soit environ 50% de la marge réglementée).

¹ Prescription comportant au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie en une seule délivrance.

² La liste des médicaments dits spécifiques figure en annexe de la convention nationale des pharmaciens.

3.6 Eclairage international : modalités innovantes de prise en charge des nouveaux produits de santé onéreux

Au cours des dernières années, plusieurs nouveaux médicaments innovants et onéreux ont fait leur apparition, notamment dans le cadre du traitement de l'hépatite C. Afin de rendre ces produits disponibles rapidement tout en maîtrisant les dépenses de santé, les pouvoirs publics ont, en France comme chez nos principaux partenaires, multiplié les contrats de prise en charge spécifiques, qui prévoient par exemple de réduire le prix unitaire des traitements au-delà de certains seuils de consommation des produits (accords dits « prix-volume »).

Des modalités de prise en charge de plus en plus souvent aménagées

Habituellement, la prise en charge des produits de santé par les pouvoirs publics prend la forme de la fixation d'un prix par boîte ou unité, négocié contractuellement avec le laboratoire. Dans ce cadre, le chiffre d'affaires et les remboursements sont strictement proportionnels aux quantités de produits consommés.

Dans la plupart des pays développés, les pouvoirs publics ont cependant dérogé de plus en plus fréquemment à ce modèle traditionnel de prise en charge, dans le cadre de la régulation de nouveaux produits de santé onéreux. En France, l'adoption de ces contrats dérogatoires explique en partie la forte hausse récente des remises tarifaires sur les produits de santé (cf. encadré 1).

L'OCDE s'est intéressée à ces dispositifs contractuels spécifiques (managed entry agreements) et en propose une typologie, qui distingue les contrats de nature financière d'une part, et les contrats de performance d'autre part (figure 1)¹. Selon l'OCDE, ces deux types de dispositifs ont l'avantage de rendre rapidement accessibles aux patients des thérapies innovantes et onéreuses.

Les accords de nature financière sont les plus fréquents

Les accords de nature financière sont actuellement utilisés ou ont été utilisés dans le passé dans au moins les deux tiers des pays de l'OCDE et des États membres de l'UE. Quelle que soit leur désignation (risk-sharing agreements, special pricing arrangements ou patient access schemes...), il s'agit le plus souvent d'accords prix-volume avec remises, qui prennent diverses formes. Dans un échantillon de 104 indications, des contrats d'accès aux marchés étaient en place pour au moins 20 indications dans la majorité des pays.

Par exemple, en Angleterre, il existe un plafond de dépenses par patient pour le traitement des syndromes myélodysplasiques par lénalidomide (Revlimid®) : l'entreprise est rémunérée pour les 26 premiers cycles mensuels de traitement mais fournit gratuitement les traitements au-delà. Tandis que pour le traitement de la

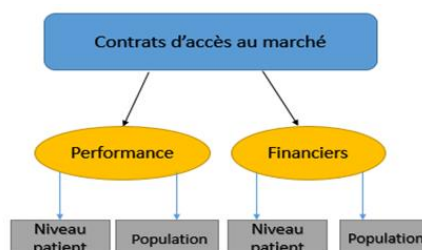
polyarthrite rhumatoïde par le produit certolizumab pegol (Cimzia®) : les 12 premières semaines de traitement sont gratuites, le traitement étant supposé inefficace s'il est interrompu dans les 3 premiers mois.

Des financements forfaitaires, indépendants du volume consommé

On voit également émerger des modèles de financement forfaitaire, appelé parfois modèle « Netflix », par analogie au paiement forfaitaire permettant un usage illimité de contenus cinématographiques. Dans ce cas, les pouvoirs publics négocient avec l'industriel un plafond de financement, défini selon la population cible à traiter et prépayé forfaitairement à l'industriel. En échange, ce dernier s'engage à fournir gratuitement le produit, quel que soit le volume prescrit. C'est ce qu'a fait l'Australie, en négociant un accord d'un milliard de dollars australiens sur 5 ans en échange de la livraison par l'industrie d'un volume illimité d'antiviraux à action directe sur le VHC². Ce modèle a été repris par les États-Unis, où les États de Louisiane et de Washington ont des contrats de ce type avec respectivement Gilead et AbbVie, établis à l'issue d'un processus d'appel d'offre³. Le système de santé britannique (National Health Service) expérimente une approche similaire pour les nouveaux traitements antibiotiques⁴.

L'intérêt des payeurs pour ces modèles forfaitaires n'est pas surprenant puisqu'ils garantissent par construction une maîtrise budgétaire. Mais les payeurs attendent aussi que la stabilité financière ainsi proposée à l'industrie sur des périodes longues encouragera cette dernière à investir dans des projets de recherche et développement plus fondamentaux.

Figure 1 • Typologie des contrats d'accès aux marchés



¹ OECD Health Working Paper No. 115, Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states How they work and possible improvements going forward, Martin Wenzl, Suzanna h Chapman

² Universal Medicine Access through Lump-Sum Remuneration — Australia's Approach to Hepatitis C NEJM.

³ Next Steps For Netflix: Can 'All You Can Treat' Contracts Work Beyond Hepatitis C? Health Affairs.

⁴ « New Antibiotics: NHS Will Test "Pay for Usefulness" Model to Stimulate Research ». BMJ 366 (juillet 2019).

Avec l'arrivée de produits reposant sur la thérapie génique personnalisée, notamment en oncologie, émergent de nouveaux types d'arrangements contractuels, qui font reposer le financement sur la performance observée du traitement en vie réelle. Cette fiche propose un tour d'horizon de ces modalités innovantes de prise en charge.

Encadré 1 - Les contrats d'accès au marché en France

En France, le prix des médicaments est fixé par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS), qui s'appuie sur l'évaluation de la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé. Cette dernière évalue l'amélioration du service rendu (ASMR) par rapport à un produit comparable. Le cadre de la négociation ainsi que la position du Comité sont définis par le niveau d'ASMR : le Comité va proposer un prix fondé sur le coût de traitement de référence qu'il a déterminé (comparateur), éventuellement modulé par une décote (ASMR inexistant) ou une surcote (ASMR majeure, importante et modérée).

Pour certains produits innovants, le CEPS peut ouvrir une négociation sur un éventuel prix net inférieur au prix facial, via l'application de remises. Ces remises font l'objet de clauses contractuelles confidentielles au sein des avenants conventionnels signés pour chaque produit.

Selon le Rapport d'activité du Comité Economique des Produits de Santé 2018, les remises à la première boîte constituent 32% du montant des remises en 2018 et sont en augmentation constante depuis 5 ans. Les remises à partir d'un volume déterminé (accords prix-volume) représentent 43 % des remises dues. Les clauses de posologie ou de limitation du nombre d'unités par délivrance représentent 6 % du total, et les accords sur les médicaments orphelins 11 %. Enfin, les clauses de performance, qui visent à confirmer les résultats obtenus lors des études cliniques à travers des études en vie réelle ou assises sur des indicateurs de performance, contribuent à hauteur de 3 % des remises brutes.

En 2018, 90% des remises facturées par le CEPS sont spécifiques à un produit particulier, soit environ 1,9 Md€ de remises produits. Ce montant est en hausse de 40% par rapport à 2017. La doctrine du Comité étant de limiter le bénéfice des remises produits aux produits innovants (ASMR I, II) ou apportant une innovation mineure (ASMR IV), la hausse particulièrement importante des remises produits au cours de ces dernières années s'explique par l'arrivée sur le marché d'innovations (anticancéreux et anti-VHC essentiellement).

Depuis 2012, la structure des catégories de remise s'est également modifiée. Le poids des remises à la première boîte est devenu plus important, passant de 3% à 32% tandis que le poids des clauses prix-volume est passé de 80% en 2012 à 40% en 2018. En effet, le Comité Economique des Produits de Santé a une préférence croissante pour les remises à la première boîte, car ces dernières rendent l'impact budgétaire du contrat avec le laboratoire plus prévisible. Dans le cas des clauses prix-volume, les seuils à partir duquel des remises sont enclenchées ne sont pas toujours atteints, nuisant à la prévisibilité des dépenses de produits de santé.

Le CEPS se montre par ailleurs de plus en plus réticent à l'égard des contrats liés à la performance des produits. En 2018, deux contrats de ce type étaient encore actifs et aucun nouveau contrat n'a été établi. Selon le Comité, ces contrats sont complexes à gérer sans nécessairement générer des gains pour le payeur : « la stabilité remarquable de leurs résultats laissait penser que ce type de contrats ne contribuait pas à maîtriser un aléa qui n'aurait pu l'être par un autre moyen au prix d'une complexité et d'un coût moindres. »

Enfin, l'accès accéléré aux produits innovants se fait essentiellement via le dispositif des « autorisations temporaires d'utilisation » (ATU), par lequel le Ministère de la Santé autorise le financement d'un produit n'ayant pas encore obtenu l'autorisation de mise sur le marché, pour une durée d'une année renouvelable. Les médicaments bénéficiant d'une ATU sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Ils sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, à titre gracieux ou moyennant une indemnité dont le montant est le plus souvent librement fixé par le laboratoire.

L'émergence des contrats « de performance »

Les techniques de thérapie génique permettent aujourd'hui de développer des traitements personnalisés, en particulier dans le domaine de l'oncologie¹. Dans ce cadre se développent des contrats dits « de performance », par lesquels les payeurs conditionnent le financement des traitements à leur efficacité clinique telle qu'observée sur le terrain (« en vie réelle »). Si l'objectif poursuivi par les payeurs dans ces contrats a évidemment une dimension financière, il s'agit aussi de réduire les nombreuses incertitudes relatives à l'efficacité de traitements jusqu'alors inexistantes. Ces traitements sont très attendus car ils concernent souvent des patients au stade avancé de la maladie et car leurs premiers résultats sont prometteurs. Ainsi, ils arrivent de plus en plus tôt dans la procédure de développement clinique, via des dispositifs d'accès

précoce tels que les autorisations temporaires d'utilisation en France (cf. encadré 1).

Cependant, l'absence de données d'efficacité et de tolérance à long terme peut conduire à accroître l'incertitude quant aux effets qui seront observés en vie réelle *in fine*. Dans ces contrats, la prise en charge financière est conditionnée au résultat du recueil de données démontrant l'efficacité du produit en vie réelle (« payer pour voir »). C'est ce que fait actuellement l'Italie, l'agence nationale des médicaments (AIFA) ayant récemment conclu un accord avec Novartis sur l'administration du Kymriah® à une centaine de patients dans 10 établissements². Un registre *ad hoc* et obligatoire permet de constituer des données cliniques individuelles, tandis que le financement à Novartis est conditionné au taux de survie observé dans la cohorte (financement en trois fois sur un an).

Tableau 1 – Produits faisant l'objet de contrats à la performance dans au moins 2 pays de l'OCDE

Active substance (ATC code)	Brand name	Disease area ICD 10 chapter	Indication	Subject to performance-based MEAs in
axicabtagene ciloleucel (L01X)	Yescarta®	neoplasms	B-cell lymphoma	England, Spain
brentuximab vedotin (L01XC12)	Adcetris®	neoplasms	Hodgkin lymphoma	Estonia, Italy (MEA type confidential in Australia, Belgium)
gefitinib (L01XE02)	Iressa®	neoplasms	non-small cell lung cancer	England, Italy (MEA type confidential in Australia)
pazopanib (L01XE11)	Votrient®	neoplasms	advanced renal cell carcinoma	England, Italy (MEA type confidential in Australia)
pasireotide (H01CB05)	Signifor®	endocrine, nutritional and metabolic diseases	Cushing's disease	Italy, Lithuania
tisagenlecleucel (L01)	Kymriah®	neoplasms	B-cell acute lymphoblastic leukaemia	England, Spain (MEA type confidential in the Netherlands)
crizotinib (L01XE16)	Xalkori®	neoplasms	non-small cell lung cancer	England, Italy (MEA type confidential in Australia)
dabrafenib (L01XE23)	Tafinlar®	neoplasms	melanoma	Estonia, Italy

Une approche similaire est actuellement en vigueur en France, avec notamment la création de registres obligatoires relatifs à l'utilisation des thérapies géniques Yescarta® et Kymriah® : ces produits ne sont pas financés en l'absence de réception des données de vie réelle par le régulateur. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un financement conditionné au fait de recueillir des données, et non des résultats en tant que tels (*pay for reporting*). Afin d'améliorer l'information relative à l'utilisation des produits onéreux en vie réelle à l'hôpital, la France teste également,

dans le cadre de son fonds d'expérimentation de nouvelles organisations en santé (article 51 de la LFSS 2018), une modification des modalités de financement des produits financés via la liste en sus dans 5 établissements hospitaliers, accompagnée de la mise en place d'un recueil de données en vie réelle relatif à ces molécules onéreuses. Cependant, dans la plupart des pays, les contrats de performance demeurent marginaux et ciblent des populations à traiter restreintes.

¹ CRISPR-engineered T cells in patients with refractory cancer, Science.

² AIFA approva la rimborsabilità della prima terapia ... aifa.gov.it/web/guest/-/aifa-approva-la-rimborsabilità-della-prima-terapia-car-t

L'expérience néerlandaise et les difficultés des contrats de performance

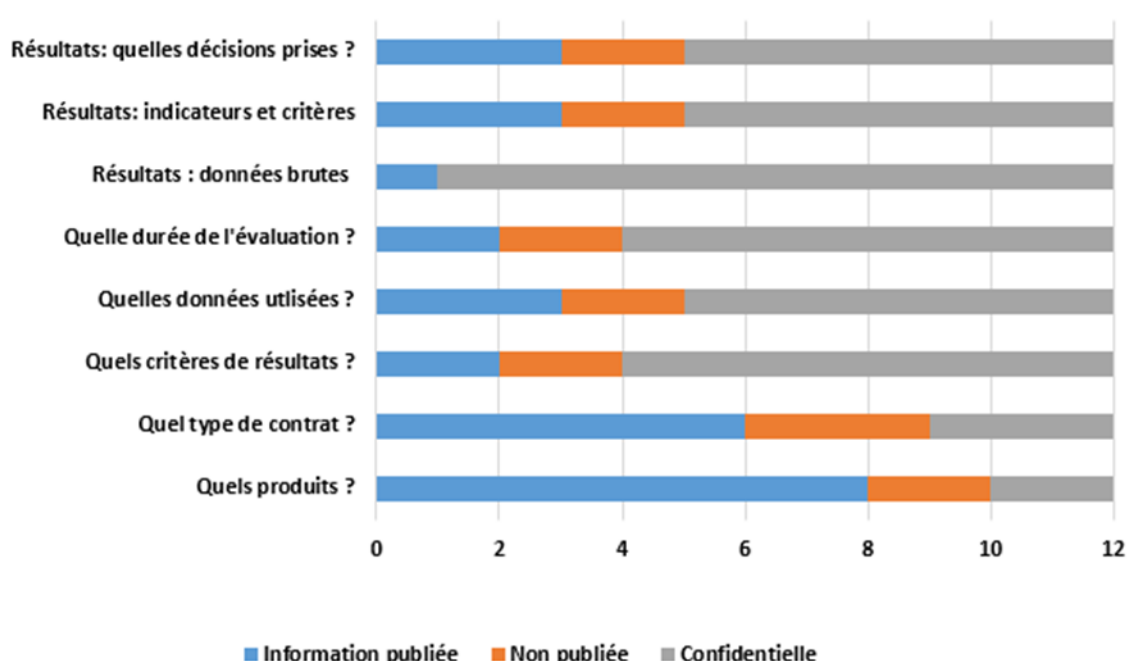
Les experts interrogés par l'OCDE identifient les freins suivants au succès des contrats de performance, qui contribuent à expliquer leur place minoritaire au sein des contrats de financement des produits de santé :

- des coûts d'administration parfois élevés pour recueillir et analyser les données ;
- des difficultés pour définir des indicateurs assez robustes pour mesurer l'efficacité du traitement, en particulier pour des populations en petit nombre ;

• le caractère parfois confidentiel des données cliniques recueillies.

En effet, dans la majorité des pays interrogés, les critères de performance du produit et *a fortiori* les résultats constatés font l'objet de clauses confidentielles, ce qui ne concourt pas à faire émerger un débat politique éclairé sur la valeur du produit.

Figure 2 – Nombre de pays pour lesquels l'information est publiée, non publiée, ou confidentielle parmi 12 pays de l'OCDE



Note de lecture : Parmi 12 pays de l'OCDE qui pratiquent des contrats de performance, l'information concernant les décisions de financement qui ont été prises au vu des résultats cliniques est publiée dans 3 pays, non publiée dans 2 pays sans être juridiquement confidentielle et strictement confidentielle dans 7 pays.

A cet égard l'expérience néerlandaise est riche d'enseignements. En 2005, l'opinion s'est alarmée de l'inégal accès géographique au produit Herceptin® (trastuzumab, un traitement de certains cancers du sein). En réaction, en 2006, le gouvernement néerlandais met en place un système d'accès rapide mais temporaire aux produits onéreux, financé par la sécurité sociale. Le principe est celui de « payer pour voir » par lequel le financement est conditionné aux données cliniques constatées *ex post*.

Concrètement, les produits médicalement prometteurs ayant un impact budgétaire supérieur à 2,5 millions d'euros par an, et pour lesquels de nombreuses incertitudes demeurent en termes d'efficacité, sont *a priori* financés pour quatre ans. Durant ces quatre années, l'industriel, les

sociétés savantes et les praticiens hospitaliers doivent mener conjointement une étude clinique permettant à l'agence d'évaluation de statuer lors de la 4^{ème} année sur le maintien définitif du produit dans le panier de soins.

Mais cette politique a été un échec car les parties prenantes n'avaient pas d'incitation à fournir des informations supplémentaires aux autorités administratives, dans la mesure où le produit était déjà financé *a priori*. Ainsi, l'absence d'évaluation ou une évaluation négative n'ont pas permis de remettre en question le financement *ex ante* du produit. Précisions d'une responsable des produits de santé du ministère de la santé : « *Même s'il était précisé dans un protocole d'accord signé entre les parties prenantes et l'agence d'évaluation que l'industriel fournirait de telles données, que les sociétés savantes mettraient en place le*

protocole de recherche, tous ont traîné des pieds, cela a pris 2 ans pour la rédaction du protocole de recherche, et le registre n'a jamais été mis en place... Ce n'était plus intéressant pour eux de donner des informations additionnelles car le produit était déjà financé et qu'ils savaient que les pouvoirs publics ne feraient jamais marche arrière. » Une évaluation plus formelle a démontré en effet que si ce système avait effectivement permis d'améliorer l'accès aux traitements, le second objectif consistant à lever les incertitudes sur les 25 produits concernés avait été très rarement atteint¹ ;

Ainsi, le système mis en place en 2006 a-t-il été abandonné en 2012 et remplacé fin 2019 par un processus plus transparent : les produits innovants sont toujours financés *a priori*, mais dans le cadre d'une enveloppe annuelle dédiée (69 M€ en 2019) consacrée aux « traitements potentiellement prometteurs ».

Des initiatives de coopération internationale entre les payeurs

Dans ce contexte d'arrivée de nouveaux produits très onéreux sur les marchés internationaux, les payeurs doivent pouvoir anticiper les pressions financières futures. Tel est l'enjeu de l'*horizon scanning* : un exercice d'analyse prospectif des produits innovants susceptibles d'émerger à moyen terme. A ce titre, des institutions gouvernementales de plusieurs pays européens (Portugal, Pays-Bas, Danemark, Suède, Norvège, Suisse, Belgique, Irlande) mutualisent aujourd'hui des ressources dans le cadre de l'*international health scanning initiative*. Les objectifs de cette coopération sont les suivants² :

- Partager des informations sur les produits émergents à un horizon temporel de 2 à 5 ans *via* la constitution d'une base de données commune ;
- Anticiper le coût des innovations de rupture et leur impact sur l'organisation des systèmes de santé ;
- Permettre aux agences d'évaluation de développer des méthodologies nouvelles, adaptées aux particularités potentielles de ces produits.

Dans le même ordre d'idée, l'agence italienne du médicament a créé il y a 2 ans un service pour cette fonction prospective, dans l'objectif de mieux articuler les

Deux fois par an, cette enveloppe permet de financer des « subventions » pour la recherche clinique sur des produits innovants. Le protocole de recherche est défini en amont par l'agence d'évaluation, et les données collectées doivent être rendues publiques, notamment à destination du Parlement. Après une période de 4 à 7 ans sous ce régime, le produit sera réévalué à la lumière des nouvelles données. Spinraza® (nusinersen), indiqué dans l'amyotrophie spinale, a été le premier produit à entrer dans ce dispositif en janvier 2020, pour une période de 7 ans.

décisions de l'Agence européenne du médicament (AEM) et la stratégie du service national de santé italien. Le premier rapport, publié en mai 2019³, décrit les nouveaux produits et extensions d'indications autorisés par l'AEM, les produits en cours d'évaluation, ainsi que les produits actuellement intégrés au programme d'autorisation accéléré des produits prometteurs de l'AEM (*Prime Program*).

Le partage des données de registres entre pays pourrait contribuer à réduire les incertitudes qui pèsent sur les produits nouveaux, à l'instar des coopérations qui existent aujourd'hui pour les traitements orphelins. Dans le cadre de sa « *Patient Registries Initiative* », l'Agence européenne du médicament pousse ainsi les Etats à constituer des registres comparables et à les partager entre eux. La Société Européenne pour la Greffe de Moelle Osseuse est en train de constituer un registre européen pour les patients recevant des Car-t cells⁴.

Enfin, certaines coopérations internationales affichent même l'ambition de conduire des négociations communes avec les industriels. Tel est le cas du groupe Beneluxa, impulsé par les Pays-Bas et la Belgique en 2015, rejoints ensuite par le Luxembourg, l'Irlande et l'Autriche. C'est dans ce cadre qu'en 2018, la Belgique et les Pays-Bas ont conjointement trouvé un accord avec Biogen sur la prise en charge financière de son traitement orphelin Spinraza⁵.

¹ Makady, A., A. van Veelen, A. de Boer, H. Hillege, O. H. Klungel, et W. Goettsch. Implementing Managed Entry Agreements in Practice: The Dutch Reality Check. Health Policy 123, no 3 (mars 2019).

² International Health Scanning Initiative ihsi-health.org/mission/

³ Orizzonte Farmaci: scenario dei medicinali in arrivo. www.aifa.gov.it/sites/default/files/Orizzonte_Farmaci_2019_01.pdf.

⁴ Report car-t cell patients into the EBMT registry ebmt.org/ebmt/news/report-car-t-cell-patients-ebmt-registry.

⁵ Positive outcome of joint reimbursement negotiations on Spinraza government.nl/latest/news/2018/07/12/positive-outcome-of-joint-reimbursement-negotiations-on-spinraza.

3.7 Biologie médicale de ville

La biologie médicale comprend les étapes allant du prélèvement d'un échantillon biologique jusqu'à son analyse et la validation des résultats. L'activité des biologistes se répartit entre le secteur hospitalier à hauteur de 38% et les laboratoires de biologie médicale privés en ville (LBM) pour 62%. En 2018, on compte environ 3740 laboratoires privés en France, employant près de 45 000 salariés, soit environ 12 par site, réalisant 930 millions d'actes pour un total de 4,8 Md€ d'honoraires, soit une moyenne de 1,3 M€ par laboratoire. Au total, l'assurance maladie obligatoire (AMO) consacre 3,9% du sous-objectif soins de ville de l'ONDAM à la biologie médicale de ville, soit un montant remboursé de 3,6 Md€ en 2019.

Depuis 2014, le chiffre d'affaires des laboratoires au titre des actes remboursés est régulé par des accords prix – volume conclus entre les représentants des biologistes et l'assurance maladie. Trois protocoles triennaux ont ainsi été successivement signés, couvrant respectivement les périodes 2014-2016, 2017-2019 et enfin 2020-2022.

Une dynamique portée par les volumes

Avant 2014 la biologie médicale de ville a enregistré des hausses importantes de son volume d'activité, malgré un ralentissement en fin de période. Ainsi, entre 2000 et 2004 : le taux de croissance annuel moyen des volumes remboursables était de 7,7%. Sur la même période, les remboursements de l'AMO suivaient une tendance similaire avec une croissance moyenne de 7,5%.

A partir de 2005 une politique de baisses tarifaires ciblées menées par l'assurance maladie et la mise en place de la participation forfaitaire de 1€, ont permis de limiter la croissance annuelle des remboursements à 1,8% en moyenne entre 2005 et 2011 alors que la croissance des volumes d'actes est restée dynamique : +5,5% de croissance annuelle moyenne.

Les années 2012 et 2013 ont connu des évolutions particulièrement faibles des montants remboursés (respectivement -1,2% et +0,4%) du fait de baisses de prix qui ont atténué la croissance annuelle de 3,3 points en moyenne et d'un ralentissement des volumes (3,0% en moyenne annuelle), ralentissement qui a concerné également, à des degrés divers, les autres prestations de soins de ville.

A partir de la mise en place du protocole en 2014, la croissance annuelle des montants remboursés pour la biologie médicale s'est établie à 0,9% en moyenne (cf. graphique 1), alors que le nombre d'actes a continué

de progresser de 2,4% en moyenne entre 2014 et 2018. Sur cette période, la croissance des dépenses est essentiellement tirée par les nouveaux actes inscrits au remboursement (dits « innovants ») qui n'entrent pas dans le champ de la régulation du protocole (cf. graphique 3).

Une très forte concentration du secteur depuis 2010

Le secteur s'est profondément restructuré, notamment suite à l'harmonisation en 2010 des dispositions relatives aux laboratoires publics et privés (par ordonnance). Si le nombre de sites de laboratoires privés (ou structures géographiques) est resté relativement stable entre 2010 et 2017 (autour de 3700 laboratoires, augmentant de 1,9% entre 2010 et 2014 puis diminuant de 0,2% entre 2014 et 2018), le nombre de structures juridiques (donc d'entreprises, pouvant regrouper plusieurs laboratoires) a été pratiquement divisé par quatre sur la même période (cf. graphique 2). En 2010, 92% des entreprises exploitaient 1 à 3 sites (1 seul laboratoire exploitait à lui seul plus de 10 sites), en 2016 seulement 47% des entreprises exploitaient 1 à 3 sites (alors que plus de 100 laboratoires en exploitaient plus de 10). Les laboratoires emploient au total environ 45 000 personnes en 2018 soit 5,5% de plus qu'en 2010 et 3,3% de plus qu'en 2014.

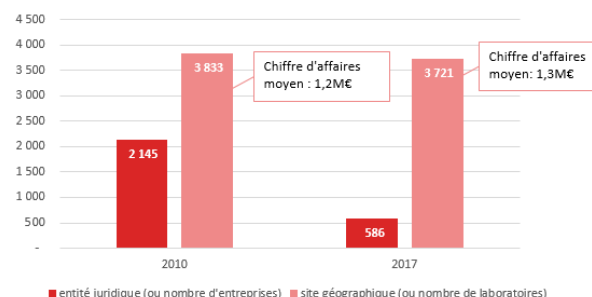
Enfin, entre 2010 et 2017, le chiffre d'affaires moyen des 3700 laboratoires a augmenté d'environ 100 000€ pour atteindre 1,3 M€ (soit 8% de croissance).

Graphique 1 – Evolution des montants remboursés par l'assurance maladie (hors participations forfaitaires)



Source : Comptes des régimes d'assurance maladie.

Graphique 2 – Evolution comparée du nombre de laboratoires et d'entreprises



Source : SNIR puis AMOS à partir de 2015. Données de l'ACOSS.

Des protocoles reposant sur un accord prix – volume, construits sur des actions de maîtrise médicalisée et de régulation des prix

Les protocoles définissent des objectifs d'économies relatifs aux actions de maîtrise médicalisée

La maîtrise médicalisée, ou utilisation à bon escient des actes de biologie, conduit à une logique de maîtrise des volumes. Les référentiels de bonne pratique, les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), la radiation d'actes obsolètes etc. sont autant d'outils de maîtrise médicalisée. L'objectif initial d'économies liées aux actions de maîtrise médicalisée, fixé à hauteur de 60 M€ sur les trois premières années (avec respectivement 10 M€, 20 M€ puis 30 M€ en 2014, 2015 et 2016), a été dépassé, selon une estimation ex-post, de 26 M€ avec une réalisation à hauteur de 86 M€ (cf. tableau 1). Ces bons résultats, en grande partie imputables aux années 2014 et 2015 avec une réduction du volume des dosages de la vitamine D, n'ont pas été aussi importants en 2016 (4 M€). L'objectif annuel d'économies au titre de la maîtrise médicalisée a ensuite été fixé à 20 M€ pour la période 2017-2019 (l'objectif cumulé étant toujours égal à 60 M€ sur 3 ans). Cet objectif n'a pas été atteint : respectivement 2 M€, 9 M€ et 7 M€ d'économies ont été générées au titre des actions de maîtrise médicalisée en 2017, 2018, et 2019.

Tableau 1 : La maîtrise médicalisée (en M€)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Objectif	10	20	30	20	20	20
Réalisation	26	56	4	2	9	7
Différence	+16	+36	-26	-18	-11	-13

Source : Données Cnam

La régulation par les prix

Le prix d'un acte de biologie est obtenu par la multiplication de la lettre-clé B (fixe pour la biologie médicale) et de la cotation de l'acte (variable selon l'acte). Le protocole permet à l'assurance maladie d'utiliser ces deux éléments comme variables d'ajustement des dépenses de biologie, au regard du respect ou non des objectifs fixés.

Bilan financier deux premiers protocoles, 2014-2016 et 2017-2019

Outre l'objectif global de régulation des dépenses, les protocoles présentent l'avantage, pour les biologistes, de donner une visibilité financière sur 3 ans. Ils constituent ainsi un accord mutuel, entre l'assurance maladie et le secteur de la biologie médicale de ville, sur l'évolution annuelle des dépenses d'assurance maladie ainsi que sur les mécanismes de régulation destinés à assurer le respect de l'enveloppe prévue.

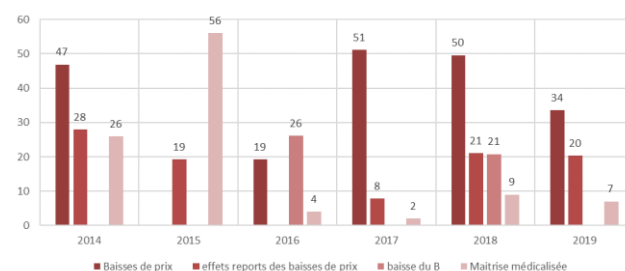
Les protocoles définissent des objectifs annuels de progression des dépenses

Le premier protocole, pour les années 2014 à 2016, a fixé un objectif de croissance annuelle des remboursements de

La **modification de cotation des actes** est le levier le plus fréquemment actionné : utilisé chaque année, à l'exception de 2015 du fait du fort rendement des actions de maîtrise médicalisée. Cet outil aura permis d'économiser un peu plus de 280 M€ entre 2014 et 2019 (cf. tableau 2). Ces modifications relèvent de décisions du comité de suivi des dépenses (composé de l'Uncam et des syndicats de biologistes signataires du protocole), et se formalisent dans la liste des actes et prestations (LAP), dont la mise à jour entre en vigueur au 15 avril de l'année.

La **modification temporaire de la valeur de la lettre-clé B**, sur une période définie, a mécaniquement un impact sur le coût de l'ensemble des actes de biologie. Cette solution, plus radicale, introduite par le protocole permet de réguler les dépenses en dernier ressort. À deux reprises, la valeur du B (fixée à 0,27€ dans les départements métropolitains, à 0,31€ dans les Antilles, et à 0,33€ en Guyane et Réunion) a été abaissée de deux centimes. Une première fois en 2016 (du 15 novembre au 31 décembre 2016) et une seconde fois en 2018 (du 20 novembre au 31 décembre 2018). Les deux baisses du B ont généré une économie de 26 M€ en 2016 et de 21 M€ en 2018.

Tableau 2 : La maîtrise médicalisée et l'estimation de l'impact des mesures tarifaires sur les remboursements de l'AMO (en M€)



Source : calculs DSS/SD6/6B, données du SNDS. Données Cnam.

l'assurance maladie (participations forfaitaires comprises) de +0,25%. Cet objectif a été reconduit pour les 3 années suivantes dans le second protocole. Toutefois certains actes considérés comme innovants ont alors été exclus du périmètre de régulation : sur un total de 43 M€ au titre des actes innovants, 39 M€ de remboursements entre 2017 et 2019, concernant essentiellement le dépistage prénatal non invasif (DPNI), n'ont pas été pris en compte dans le calcul du taux de croissance annuel régulé par le protocole (cf. graphique 3). Pour rester au plus près de la trajectoire financière prévue, l'assurance maladie a eu recours au levier tarifaire décrit précédemment. Toutefois, malgré ces ajustements, il est impossible de corriger tous les écarts à la trajectoire en temps réel.

Un dépassement de l'enveloppe de 29M€ en 2017, une sous-exécution de 20M€ en 2018, et un dépassement de 19M€ en 2019, ont conduit à un dépassement du deuxième protocole, de 28M€ cumulés sur ses trois exercices d'application. La crise du Levothyrox® en 2017 a entraîné une augmentation forte des volumes, notamment des actes de dosages des hormones thyroïdiennes, partiellement compensée par une baisse de la cotation de ces actes.

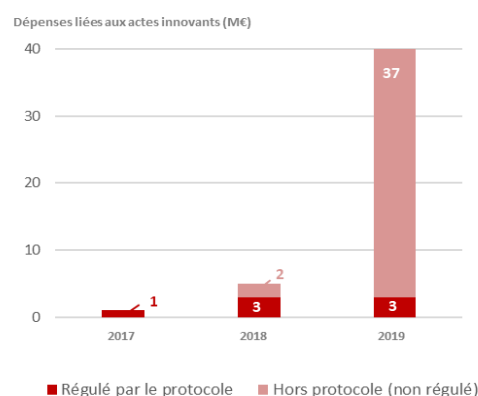
L'année 2018 a été marquée par une baisse de cotation importante suivie d'une baisse généralisée du B, pour un effet prix de global de 3,8%. L'année 2019 a enregistré un fort effet volume (+2,7%, le plus important depuis la mise en place des protocoles), qui n'a pas été pleinement compensé par les baisses tarifaires. En définitive, à l'issue des deux premiers protocoles, les dépenses de l'assurance maladie au titre de la biologie de ville ont été supérieures de 22M€ à l'enveloppe prévue initialement.

Ainsi, au terme du premier protocole, les dépenses du secteur ont été inférieures de 66 M€ au montant cumulé des 3 enveloppes annuelles, avec des sous-exécutions en 2014 et 2015 partiellement compensées par un dépassement en 2016 (cf. graphique 4). La stabilisation des remboursements en 2014 et 2015 a été possible grâce à une baisse de cotation importante en 2014 et une maîtrise médicalisée forte sur les deux années (grâce notamment à la limitation du dosage de la vitamine D).

L'année 2016 a été marquée par une croissance forte des remboursements, due notamment à une maîtrise médicalisée et une baisse de cotation relativement faibles, couplé à un effet volume en accélération.

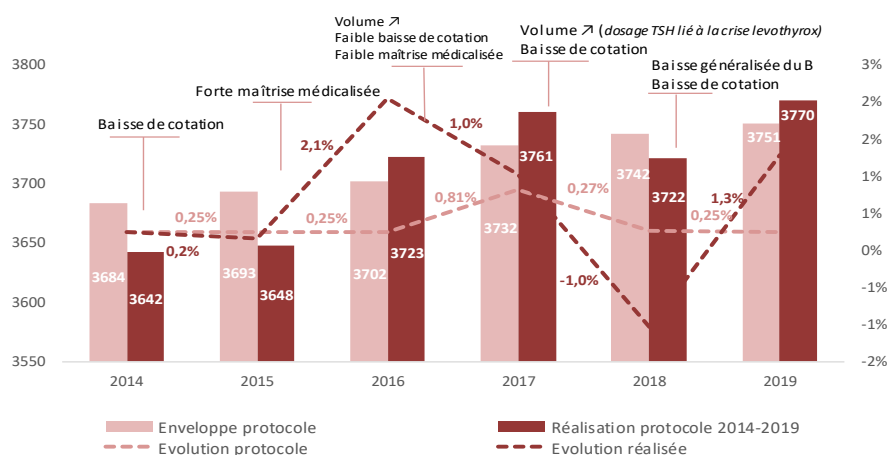
En compensation de la sous-exécution de 66M€ sur la première période triennale, les objectifs annuels du protocole suivant (2017, 2018, 2019) ont été chacun relevés de 20 M€ par rapport à l'objectif initial des dépenses (qui reposaient sur une évolution initialement fixée à 0,25%).

Graphique 3 – Régulation des montants remboursés au titre des actes innovants (en M€)



Source : Comptes des régimes d'assurance maladie.

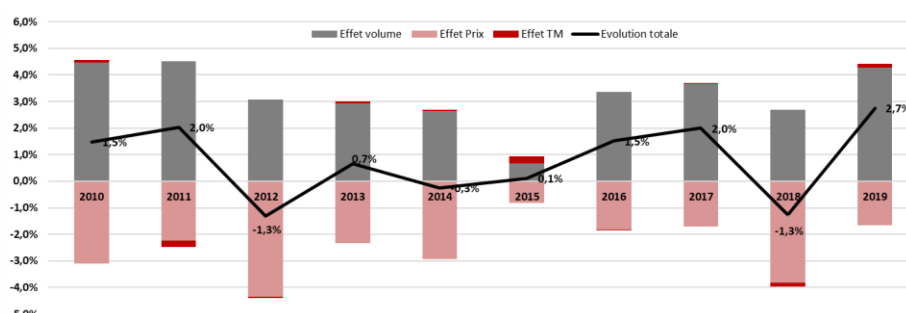
Graphique 4 - Protocole : prévisions et exécutions



Source : calculs DSS/6B – comptes des régimes d'assurance maladie.

Note : les enveloppes 2017, 2018 et 2019 ont été augmentées de 20 M€.

Graphique 5 – Décomposition de la croissance depuis 2010 des montants remboursés par l'assurance maladie (hors participations forfaitaires)



Sources : CNAM – données CVS du régime général – France métropolitaine.

Typologie des actes de biologie réalisés en 2018

Les actes de biologie de 2018 ont majoritairement concerné les 60 ans et plus (53%) — avec un recours croissant avec l'âge — et les femmes (58%). Concernant les prescriptions d'actes, elles se répartissent en majorité entre médecins généralistes (58%) et prescripteurs salariés (21%, en grande partie des hôpitaux publics). Un peu plus de la moitié des actes (52%) sont concentrés sur quatre des vingt-neuf groupes physiopathologiques, à savoir la biochimie courante, l'exploration hépatique, l'hématologie courante et l'exploration glucidique (cf. tableau 3) et représentent 883 M€ de remboursement.

Entre 2014 et 2018, parmi ces groupes (hors actes de dispositions générales), ceux ayant contribué le plus fortement à la croissance des remboursements de 2,3% ont été les analyses de protéines sériques (0,9 point de la croissance), d'hépatites virales (0,7 point) ainsi que les explorations hépatiques et cardiaques (chacune 0,6 point). Ces quatre groupes ont donc contribué à hauteur de 2,8 points de la croissance alors qu'ils représentaient 17% de la dépense en 2014. La catégorie « autres », regroupant un peu plus de 500 actes ne se retrouvant pas dans une de ces catégories, a également fortement contribué à la progression des remboursements (1,1 point de la croissance). Parmi ces "autres actes", ceux ayant le plus

augmenté sont les tests relatifs au suivi des cancers du sang, de la polyarthrite rhumatoïde, et des maladies auto-immunes. Par ailleurs, certains groupes ont contribué de façon marquée à une baisse des remboursements : les analyses concernant la coagulation courante (-1,1 point), l'exploration lipidique (-1,0 point) et l'immunohématologie courante (-0,8 point).

S'agissant de la contribution des régions à l'évolution des dépenses en biologie entre 2014 et 2018, la région Occitanie est celle ayant contribué le plus à cette augmentation (+0,43 point), suivie de la région Auvergne-Rhône-Alpes (+0,38 point), l'Île-de-France (+0,35 point) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (+0,29 point). Ainsi, le quart sud-est de la France a connu l'évolution la plus dynamique du pays. Seule exception notable, les Hauts-de-France ont connu une évolution négative des montants remboursés en biologie (-0,21 point).

S'agissant des patients consommant, les plus de 60 ans ont le plus contribué dans l'évolution des remboursements entre 2014 et 2018 (+1,9 point), les 40-59 ans ont vu leur consommation diminuer (-0,2 point), et celle des 20-39 a augmenté (+0,6 point). Même s'ils sont moins nombreux, les hommes ont le plus contribué à la croissance des remboursements sur la période (+1,9 point contre +0,5).

Tableau 3 : Les 10 groupes physiopathologiques les plus fréquents et les plus remboursés en 2018, en M€ (hors actes de dispositions générales)

	nombre d'actes part dans le total			montants remboursés part dans le total	
BIOCHIMIE COURANTE (en dehors des groupes)	110	17%	HEMATOLOGIE COURANTE	367	12%
EXPLORATION HEPATIQUE	96	14%	MICROBIOLOGIE COURANTE	280	9%
HEMATOLOGIE COURANTE	83	13%	BIOCHIMIE COURANTE (en dehors des groupes)	228	8%
EXPLORATION GLUCIDIQUE	54	8%	AUTRES (tous les autres codes)	194	6%
IONOGRAMMES	49	7%	EXPLORATION THYROIDIENNE	183	6%
PROTEINES SERIQUES	46	7%	PROTEINES SERIQUES	167	6%
COAGULATION COURANTE	32	5%	EXPLORATION HEPATIQUE	156	5%
EXPLORATION LIPIDIQUE	29	4%	COAGULATION COURANTE	155	5%
EXPLORATION THYROIDIENNE	28	4%	HEPATITES VIRALES	155	5%
FER - FERRITINE	20	3%	IONOGRAMMES	137	5%

Sources : Données OpenBio

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 économique et synthétique du compte. De plus, la LFSS pour 2018 a supprimé le régime social des indépendants (RSI) et acté 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 et dans un format permettant de neutraliser les effets de ce changement de périmètre.

En 2019, le solde du régime général et du FSV s'établit à -1,9 Md€ après -1,2 Md€ en 2018. Cette dégradation s'explique notamment par plusieurs mesures non compensées par l'Etat décidées dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales de décembre 2018 et dans la LFSS pour 2019.

Le déficit du régime général et du FSV s'est dégradé malgré une revalorisation annuelle des prestations vieillesse et famille limitée à 0,3%

Les charges nettes ont légèrement ralenti en 2019 (+2,2% après +2,4% en 2018), principalement sous l'effet de la revalorisation limitée à 0,3% des prestations légales famille et vieillesse, qui a généré une économie de 1,9 Md€ en 2019 sur le champ du régime général. Toutefois, elle n'est pas l'unique facteur modérateur.

La dynamique des charges est portée par les prestations légales (2,0 points de contribution à l'évolution). Les prestations maladie et AT-MP, qui contribuent pour 1,2 point à la dynamique des prestations légales, ont progressé de 2,3% après +2,4% en 2018. Les prestations vieillesse ont ralenti (+2,3% après +3,1%) sous l'effet de leur revalorisation limitée à 0,3%, d'un léger fléchissement du flux de départs à la retraite, de la diminution des effectifs bénéficiant des dispositifs de départs anticipés et d'une économie légèrement plus importante en 2019 liée au décalage de l'âge du taux plein automatique. Les prestations familiales ont fléchi, leur dynamique ayant été contenue par leur revalorisation limitée à 0,3%, par la montée en charge de mesures d'économies portant sur la PAJE ainsi que par la natalité toujours orientée à la baisse.

Les prestations extra-légales affichent un net rebond (+2,9% après -0,4%), sous l'effet d'un phénomène de rattrapage régulièrement observé durant l'exercice suivant la renégociation des conventions d'objectif et de gestion : les prestations d'action sociale ont notamment progressé à un rythme plus soutenu (+3,3% après +0,1% en 2018).

Enfin, les transferts versés ont progressé fortement (+7,5%), tirés par la charge de compensation démographique vieillesse, traduisant la dégradation du ratio démographique des autres régimes relativement à celui du régime général (cf. fiche 4.4), ainsi que par la hausse des dotations aux fonds au sein de l'ONDAM (FMESPP et FIR).

Les produits affectés par la non compensation de pertes de recettes dans un contexte d'importants transferts de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale

En 2019, l'ensemble des recettes du régime général et du FSV s'élève à 402,5 Md€, en progression de 2,2%. L'écart de dynamique avec l'évolution attendue de la masse salariale soumise à prélèvements sociaux du secteur privé (+3,1%) découle principalement de la non compensation à la sécurité sociale de pertes relatives à des réformes de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES), de la loi PACTE et de la LFSS pour 2019.

La loi MUES rétablit en effet un taux intermédiaire de CSG (à 6,6% au lieu de 8,3%) pour certaines pensions (perte de recettes de 1,5 Md€), la loi MUES et la LFSS pour 2019 prévoient d'exonérer de cotisations salariales les heures supplémentaires dès le 1^{er} janvier (-1,7Md€), et, enfin, la loi PACTE prévoit des exonérations sur le forfait social, des baisses de taux de cotisation de certains régimes spéciaux (-0,6 Md€) et le lissage des effets de seuils de la CSG sur les revenus de remplacement (-0,2 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€)

	2017	2017 <i>pro forma</i>	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	381 612	386 573	395 770	2,4	404 466	2,2
Prestations sociales nettes	352 577	360 568	368 770	2,3	376 492	2,1
<i>Prestations ONDAM</i>	185 218	185 439	189 849	2,4	194 412	2,4
<i>Prestations hors ONDAM</i>	16 991	17 369	17 463	0,5	17 741	1,6
<i>Prestations vieillesse</i>	115 210	122 516	126 288	3,1	129 235	2,3
<i>Prestations famille</i>	29 300	29 300	29 251	-0,2	29 013	-0,8
<i>Prestations extralégales</i>	5 858	5 944	5 920	-0,4	6 092	2,9
Transferts versés nets	16 915	13 588	14 599	7,4	15 701	7,5
Charges de gestion courante	12 000	12 289	12 244	-0,4	12 047	-1,6
Autres charges	119	128	156	22,2	225	++
PRODUITS NETS	376 513	381 489	394 559	3,4	402 539	2,0
Cotisations sociales nettes	210 707	215 390	214 014	-0,6	201 990	-5,6
PEC Etat	5 884	6 037	5 963	-1,2	5 284	-11,4
CSG "activité" nette et remplacement	80 801	80 801	103 330	27,9	88 251	-14,6
Recettes assises sur les revenus du capital nettes	16 215	16 345	17 144	4,9	12 660	-26,2
Autres impôts, taxes et contributions sociales	53 718	53 597	44 195	-17,5	83 713	++
Transferts reçus nets	3 727	3 727	3 670	-1,5	3 955	7,8
Autres produits	5 460	5 592	6 242	11,6	6 686	7,1
SOLDE	-5 099	-5 084	-1 211		-1 927	

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Charges consolidées du régime général et du FSV (M€)

	2017	%	2017 <i>pro forma</i>	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	381 612	2,4	386 573	395 770	2,4	404 466	2,2
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	352 577	2,6	360 568	368 770	2,3	376 492	2,1
Prestations légales nettes	346 719	2,5	354 624	362 851	2,3	370 400	2,1
<i>Prestations légales « maladie », « maternité » et « AT-MP » nettes</i>	195 752	3,3	196 064	200 704	2,4	205 397	2,3
Entrant dans le champ de l'ONDAM	185 218	3,5	185 439	189 849	2,4	194 412	2,4
Hors ONDAM	10 534	-0,6	10 625	10 855	2,2	10 985	1,2
<i>Prestations légales « invalidité » nettes</i>	6 333	5,1	6 333	6 490	2,5	6 630	2,2
<i>Prestations légales « décès » nettes</i>	102	3,7	102	105	2,6	103	-1,4
<i>Prestations légales « vieillesse »</i>	115 156	1,9	122 462	126 233	3,1	129 188	2,3
<i>Prestations légales « veuvage »</i>	53	0,0	53	55	3,5	47	-14,8
<i>Prestations légales « famille » nettes</i>	29 300	-0,2	29 300	29 251	-0,2	29 013	-0,8
<i>Autres provisions, ANV nettes des reprises</i>	23	8,0	309	13	--	22	++
<i>Prestations extralégales nettes</i>	5 858	6,1	5 944	5 920	-0,4	6 092	2,9
TRANSFERTS NETS	16 915	-0,4	13 588	14 599	7,4	15 701	7,5
<i>Transferts entre régimes de base</i>	9 290	-0,6	6 334	6 527	3,0	7 146	9,5
Compensations et intégrations financières	7 006	-1,4	4 059	4 192	3,3	4 632	10,5
Prises en charge de prestations & cotisations	47	-9,2	38	29	-23,7	14	--
Transferts divers	2 237	2,4	2 237	2 306	3,1	2 500	8,4
<i>Transferts avec fonds</i>	6 542	-0,6	6 170	6 890	11,7	7 312	6,1
Fonds d'intervention régional (FIR)	3 223	8,0	3 223	3 265	1,3	3 487	6,8
Fonds ONDAM hors FIR	880	16,5	880	1 382	++	1 655	19,7
Prise en charge de prestations	1 831	-7,7	1 515	1 456	-3,9	1 425	-2,2
Prise en charge de cotisations	302	-5,4	247	301	22,0	372	23,5
Autres	306	--	306	485	++	372	-23,3
<i>Transferts avec régimes complémentaires</i>	1 083	2,0	1 083	1 183	9,2	1 244	5,2
CHARGES DE GESTION COURANTE	12 000	0,3	12 289	12 244	-0,4	12 047	-1,6
AUTRES CHARGES NETTES	119	0,7	128	156	22,2	225	++

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 • Contribution des facteurs à l'évolution des charges nettes

	2017	2018	2019
CHARGES NETTES	2,4	2,4	2,2
Prestations sociales nettes	2,4	2,1	2,0
<i>Prestations ONDAM</i>	1,7	1,1	1,2
<i>Prestations hors ONDAM</i>	0,1	0,0	0,1
<i>Prestations vieillesse</i>	0,6	1,0	0,7
<i>Prestations famille</i>	0,0	0,0	-0,1
<i>Prestations extralégales</i>	0,1	0,0	0,0
Transferts versés nets	0,0	0,3	0,3
Charges de gestion courante	0,0	0,0	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A

Les lois financières pour 2018 et 2019 ont aussi modifié sensiblement la structure des recettes du régime général. L'exercice 2019 est en effet marqué par la transformation du CICE en allègements de cotisations et le renforcement des allègements généraux sur les bas salaires, expliquant le net recul (-6,3%) des cotisations sociales des salariés. Ces mesures recouvrent une baisse de 6 points des cotisations patronales maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC, le renforcement des allègements généraux en les élargissant aux cotisations chômage (Unédic) et de retraite complémentaire (Agirc-Arrco) et la suppression de certains dispositifs d'exonérations ciblées qui basculent vers le droit commun. Ces dispositifs ont représenté une perte estimée à 17,9 Md€ pour le régime général et le FSV.

Les modalités de compensation de ces pertes au régime général, à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco s'appuient sur des transferts de recettes. La CNAM voit sa fraction de CSG diminuer au profit de l'Unédic (en compensation de la suppression de la contribution salariale d'assurance chômage, pour 14,6 Md€¹) ainsi que du FSV et de la CNSA (en compensation de la rétrocession à l'Etat des recettes de prélèvements sur les revenus du capital pour 7,5 Md€). En contrepartie, le régime général se voit affecter 40,4 Md€ de TVA, dont une partie à l'Acos (5,1 Md€) afin de compenser à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco les pertes de recettes découlant du renforcement des allègements généraux, en complément d'une fraction de taxe sur les salaires (1,4 Md€).

Les transferts nets reçus ont nettement augmenté (+7,8%) du fait d'un supplément de recettes issu de la compensation par l'Acos à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux au 1^{er} janvier 2019. En effet, l'Acos a perçu un montant de recettes fiscales supérieur de 0,2 Md€ à ces pertes. Ce surplus a été versé à la branche vieillesse (cf. fiche 4.4) et la branche famille (cf. fiche 4.5).

¹ Jusqu'en 2018, l'Acos assurait la compensation à l'Unédic liée à la suppression des cotisations salariales chômage par de la TVA. En 2019, cette compensation n'est plus effectuée directement par l'Acos mais via une affectation directe à l'Unédic d'une fraction de CSG sur les revenus d'activité.

Tableau 3 • Produits consolidés du régime général et du FSV (M€)

	2017	%	2017 <i>pro forma</i>	2018	%	2019	%
PRODUITS NETS	376 513	3,2	381 489	394 559	3,4	402 537	2,0
COTISATIONS, IMPÔTS ET CONTRIBUTIONS NETTES	367 326	3	372 170	384 646	3	391 895	1,9
Cotisations sociales brutes	212 845	4	217 630	215 390	-1,0	203 670	-5,4
Cotisations sociales salariés	202 855	4	202 855	202 652	-0,1	189 814	-6,3
Cotisations sociales non-salariés	7 009	-7	11 725	10 265	-12,4	11 346	10,5
Cotisations des inactifs	854	0	854	855	0,1	847	-0,9
Autres cotisations sociales	1 445	10	1 450	967	--	1 087	12,4
Majorations et pénalités	682	3	747	652	-12,6	577	-11,6
Cotisations prises en charge par l'État nettes	5 884	++	6 037	5 963	-1,2	5 284	-11,4
Contributions, impôts et taxes	151 531	2	151 409	165 276	9,2	184 546	11,7
CSG brute	91 069	2	91 069	116 689	28,1	100 824	-13,6
CSG sur revenus d'activité	62 954	2	62 954	80 714	28,2	66 743	-17,3
CSG sur revenus de remplacement	17 456	1	17 456	22 247	27,4	20 921	-6,0
CSG sur revenus du capital	10 065	4	10 065	13 045	29,6	12 471	-4,4
Autres assiettes (jeux + majorations et pénalités)	593	4	593	683	15,1	689	0,9
Contributions sociales diverses	13 356	3	13 356	11 240	-15,8	6 754	--
Prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital	6 743	1	6 743	4 392	--	9	--
Forfait social	5 494	5	5 494	5 716	4,0	5 253	-8,1
Autres	1 118	7	1 118	1 132	1,2	1 491	++
Impôts et taxes	47 106	2	46 985	37 347	-20,5	76 968	++
Recettes en compensation des exonérations et TVA nette	10 327	-12	10 327	579	--	41 023	++
Tabac	11 839	15	11 839	12 773	7,9	13 022	2,0
Taxe sur les salaires	13 846	2	13 725	13 283	-3,2	12 308	-7,3
CSSS (yc additionnelle)	3 562	0	3 562	3 762	5,6	3 896	3,6
Taxe alcools et boissons non-alcoolisées	1 598	-4	1 598	1 643	2,8	1 595	-2,9
Recettes fiscale indéterminée en compensation des allègements généraux	0	10	0	0	--	0	-3,4
Autres	5 935	--	5 935	5 308	-10,6	5 125	-19,1
Charges liées au non-recouvrement	-2 935	--	-2 907	-1 984	--	-1 605	++
Sur cotisations sociales	-2 138	--	-2 240	-1 376	++	-1 682	--
Sur CSG (hors capital)	-203	--	-203	-314	--	-102	++
Sur impôts, taxes et autres contributions (yc capital)	-593	--	-464	-294	++	180	7,8
TRANSFERTS NETS	3 727	-10	3 727	3 670	-1,5	3 955	7,8
Transferts avec régimes de base	2 188	-13	2 188	2 222	2	2 267	2,0
Compensations et intégrations financières	325	--	325	367	13	413	12,3
Prises en charges de prestations, de cotisations et adossement	1 518	2	1 518	1 516	0	1 512	-0,2
Autres transferts avec régimes de base	345	11	345	339	-2	343	1,2
Transferts avec les fonds	1 344	-6	1 344	1 382	3	1 417	2,5
Prestations prises en charge par la CNSA	1 299	-6	1 299	1 368	5	1 401	2,4
Autres transferts avec les fonds	45	-1	45	14	--	16	12,5
Autres transferts	195	-7	195	66	--	270	++
AUTRES PRODUITS NETS	5 460	4	5 592	6 242	12	6 686	7,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 5 • Décomposition de l'évolution des produits nets (en points)

	2017	2018	2019
PRODUITS NETS	3,2	3,4	2,0
Cotisations sociales nettes	1,8	-0,4	-3,0
PEC Etat	0,7	0,0	-0,2
CSG activité nette et remplacement	0,3	5,9	-3,8
Recettes assises sur les revenus du capital nettes	0,0	0,2	-1,1
Autres impôts, taxes et contributions sociales nets	0,4	-2,5	10,0
Transferts reçus nets	-0,1	0,0	0,1
Autres produits	0,1	0,2	0,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Ecart à la LFSS pour 2019

En LFSS pour 2019, les prévisions tablaient sur un déficit du régime général et du FSV de 1,0 Md€ pour 2018 et un excédent de 0,1 Md€ en 2019. Le compte clos 2018 est légèrement plus dégradé (0,2 Md€) tandis que le solde 2019 est révisé sensiblement à la baisse, à -1,9 Md€.

En 2018, malgré une progression de la masse salariale du secteur privé conforme à l'hypothèse de la LFSS, les recettes sur les revenus d'activité ont été globalement inférieures à la prévision de 0,3 Md€, en raison notamment d'une surestimation de la prévision de masse salariale plafonnée. De plus, les impôts, taxes et contributions sociales hors CSG ont été surestimés de 0,2 Md€. Si les recettes de taxes sur les tabacs ont été supérieures à la prévision de 0,3 Md€, la moins-value constatée sur la taxe sur les salaires (-0,35 Md€) ainsi que sur le forfait social (-0,1 Md€) ont pesé sur la dynamique des produits. En revanche, les recettes assises sur les revenus du capital sont supérieures de 0,4 Md€ à la prévision, en raison de prélèvements sur les dividendes plus dynamiques qu'attendu. Enfin, les cotisations des travailleurs frontaliers ont été très inférieures à la prévision (0,3 Md€) en raison de régularisations au titre de contentieux jugés en 2018.

S'agissant des dépenses, les prestations légales ont été inférieures de 0,2 Md€ à la prévision, notamment les prestations familiales. Les dépenses du champ de l'ONDAM sont globalement conformes à l'objectif, tout comme les prestations de retraite sur le champ de la LURA. Les prestations extralégales avaient été surestimées, notamment en raison de la signature tardive de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAF. De plus, les dépenses à la charge de la branche AT-MP au titre du fonds pénibilité avaient été surestimées (0,1 Md€), cet effet étant toutefois compensé par la sous-estimation de la charge pour la CNAM au titre de la CMU-c (-0,1 Md€). Enfin, la prise en charge par le régime général de l'écart entre les pertes effectives de cotisations salariales chômage de l'Unédic et le produit de TVA reçu par l'Acoss en 2018 destiné à les compenser a dégradé le solde de 0,1 Md€.

En 2019, le solde s'est dégradé de 2,0 Md€. La révision du cadrage macro-économique en est l'une des principales causes. En effet, l'hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé qui s'établissait à +3,5% dans la LFSS a été ramenée 3,0% pour la partie soumise à prélèvements sociaux. Cet écart de 0,5 point entraîne une dégradation de 1,1 Md€ du solde du régime général et du FSV, amplifiant l'écart observé sur les recettes d'activité des comptes 2018. Aussi, l'avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisation salariale assise sur les heures supplémentaires, décidé dans le cadre de la loi MUES¹, a diminué les recettes de 1,1 Md€. Ces effets sont toutefois compensés par les surplus de recettes constatés sur les revenus des travailleurs indépendants (1,3 Md€) et le secteur agricole (+0,4 Md€). Du fait du rétablissement du taux intermédiaire de 6,6% pour les pensions inférieurs à 2000€ (loi MUES, -1,5 Md€), les produits de CSG remplacement ont été inférieurs de 1,6 Md€ à la prévision de la LFSS pour 2019. Enfin, les impôts et taxes et autres contributions sociales sont revues à la baisse (-0,8 Md€) : aux pertes constatées en 2018 s'ajoutent une révision à la baisse du rendement de la taxe sur les salaires.

Contrairement à 2018, le régime général a bénéficié d'une surcompensation des pertes relatives à l'élargissement des allègements généraux à l'Unédic et l'Agirc-Arrco (+0,2 Md€).

Les prestations légales sont globalement revues à la baisse de 0,8 Md€ par rapport à la LFSS, notamment en raison d'une révision des prestations ONDAM (-0,3 Md€) et hors ONDAM (-0,3 Md€) et des prestations famille (-0,4 Md€). Parmi les autres écarts constatés en 2018, l'effet base favorable sur les dépenses au titre de la pénibilité a demeuré en 2019, alors que la charge de la CNAM au titre de la CMU-c a augmenté.

Tableau 7 • Décomposition des écarts aux prévisions de la LFSS pour 2019 (Md€)

	2018	2019
Prévisions LFSS 2019	-1,0	0,1
Recettes sur revenus d'activité	-0,3	-0,8
Recettes sur les revenus du capital	0,4	0,8
CSG remplacement	0,0	-1,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	-0,2	-0,8
Prestations légales	0,2	0,8
Prestations extralégales	0,2	0,1
Recettes sur les revenus des frontaliers	-0,3	-0,1
Dépenses du fond pénibilité	0,1	0,1
compensation Acoss	-0,1	0,2
Prise en charge CMU-c	-0,1	-0,2
Autres	-0,1	-0,5
Ensemble des révisions	-0,2	-2,0
Solde actualisé CCSS juin 2020	-1,2	-1,9

Source : DSS/SDEPF/6A

¹ La non compensation de ces mesures a été votée en LFSS pour 2020.

Encadré 2 • Ecart à la LFSS pour 2020

En LFSS pour 2020, les prévisions tablaient sur un déficit du régime général et du FSV de 5,4 Md€ pour 2019. Le compte clos 2019 affiche un solde en amélioration de plus de 3,5 Md€. Cette amélioration provient essentiellement d'un surcroît de recettes et, dans une moindre mesure, d'une hausse plus modérée que prévu des charges.

Les recettes ont été supérieures de 2,4 Md€ par rapport aux prévisions, dont la moitié provient des recettes assises sur les revenus d'activité.

Les recettes des travailleurs indépendants (TI), spontanément très variables d'une année à l'autre, ont progressé à un rythme nettement supérieur à celui attendu (+8,7 % contre 2,6 % en prévision). Cette forte dynamique pourrait s'expliquer par la bonne conjoncture de 2018 (les prélèvements sociaux 2019 des TI étant assis sur leurs revenus 2018), mais également par la mise en place du prélèvement à la source qui aurait pu créer des incitations à la hausse de leurs revenus déclarés au titre de 2018 du fait de l'année blanche en matière d'impôt sur le revenu. Les recettes relatives au secteur agricole sont supérieures de 0,6 Md€ à la prévision. La masse salariale de ce secteur a progressé de 4,9 % contre 2,4 % en prévision. De plus, en raison des problèmes de gestion liés à la mise en place de la DSN, les produits à recevoir de l'exercice 2018 ont été fortement sous-estimés améliorant en conséquence les recettes des comptes 2019 (+0,3 Md€). Les recettes du secteur privé sont en revanche proches de la prévision ; la masse salariale a progressé de 3,1 %, soit légèrement plus vite que prévu (+3,0 % en LFSS pour 2020).

Les recettes assises sur les revenus du capital sont plus dynamiques que prévu et conduisent à un surplus de recettes de 0,7 Md€. Les écarts portent à la fois sur les revenus du patrimoine (+0,3 Md€) et les revenus de placement (+0,4 Md€). Les plus-values immobilières ont été plus dynamiques que prévu (+0,1 Md€). Il en est de même pour les contrats d'assurance-vie en unités de compte (+0,2 Md€) qui ont été très rémunérateurs. Enfin, l'épargne salariale et les dividendes ont également progressé plus qu'anticipé (+0,1 Md€).

A l'inverse, les autres recettes fiscales ont moins progressé que prévu et dégradent le compte de 0,3 Md€. La plupart des impôts affichent des rendements inférieurs à la prévision : le rendement du forfait social est inférieur de 140 M€ à la prévision, les taxes sur les tabacs sont moins élevées de 130 M€ et la taxe sur les salaires de 150 M€. A contrario, la contribution sur les attributions d'actions gratuites et les stock-options affiche un rendement supérieur aux prévisions de 120 M€.

Les prestations sociales nettes des provisions sont revues à la baisse de 0,9 Md€. Cet écart provient à hauteur de 0,4 Md€ des prestations vieillesse, sous l'effet de provisions relatives aux prestations légales moins importantes que prévu. D'une part, les risques de rappels de prestations – et donc les provisions associées – ont été moins importants qu'anticipé du fait d'opérations menées en fin d'année par les Carsat de traitement des dossiers en attente du calcul du minimum contributif (+0,2 Md€). D'autre part, les reprises sur provisions ont été sous-estimées, pour 0,2 Md€. Enfin, les prestations vieillesse brutes (hors opérations sur provisions) ont été moins dynamiques qu'attendu, améliorant le solde de 0,1 Md€.

Les prestations nettes du champ de l'ONDAM améliorent le solde de 0,2 Md€, sous l'effet d'une sous-exécution des dépenses (0,1 Md€) et de la régularisation d'opérations relatives à l'exercice 2018 (+0,1 Md€).

Les dépenses de gestion administrative sont plus faibles de 0,4 Md€ par rapport à la prévision, dont la moitié sur les dépenses de personnel. Enfin, le régime général bénéficie de la surcompensation des pertes relatives à l'élargissement des allègements généraux à l'Unédic et l'Agirc-Arrco (+0,2 Md€).

Tableau 8 • Décomposition des écarts aux prévisions de la LFSS pour 2020 (Md€)

	2019
Prévisions LFSS 2020	-5,4
Recettes sur revenus d'activité	1,2
<i>dont travailleurs indépendants</i>	<i>1,0</i>
<i>dont secteur agricole (Salag+exploitag)</i>	<i>0,6</i>
<i>dont autres</i>	<i>-0,3</i>
Recettes sur revenus du capital	0,7
Autres recettes fiscales et PEC	-0,4
Prestations légales	0,9
ONDAM tous exercices	0,2
hors ONDAM	0,1
Vieillesse	0,4
Famille	0,1
Autres	0,1
Gestion administrative nette	0,4
Sur-compensation Unédic Acoos	0,2
Autres	0,4
Ensemble des révisions	3,5
Solde actualisé CCSS juin 2020	-1,9

Source : DSS/SDEPF/6A

4.2 Les comptes de la branche maladie

Le déficit de la CNAM, qui atteignait 4,8 Md€ en 2016 et 4,9 Md€ en 2017, s'est fortement réduit en 2018, à 0,7 Md€. En 2019, le déficit de la branche se creuse à nouveau et s'établit à 1,5 Md€.

Si la hausse des dépenses est restée contenue (2,4%) par le respect de l'ONDAM, la progression des recettes a été partiellement décorrélée de celle de la masse salariale du secteur privé (+2,1% contre +3,1%), en raison de la modification des recettes de la branche dans le cadre de la transformation du CICE en allègements de cotisations, ainsi que des mesures d'urgence économique et sociale.

Un ONDAM fixé à 2,5% et des prestations hors ONDAM contenues

L'ensemble des dépenses de la CNAM a progressé de 2,4% et suit globalement l'évolution de l'ONDAM (cf. tableau 2). Les prestations, en progression de 2,3%, sont portées par les soins en établissements de santé (+2,7% soit 1,3 point de contribution à la croissance), et par les dépenses de soins de ville qui ont progressé modérément (+1,8%, soit 0,8 point de contribution). Les indemnités journalières (IJ) ont été encore dynamiques (+2,5%). Enfin, les transferts aux fonds du champ de l'ONDAM ont fortement progressé (+10,9%, soit 0,3 point). La dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés a en effet été augmentée de 0,2 Md€, tout comme celle au Fonds d'intervention régional.

Les prestations hors ONDAM ont crû de 1,9%, portées par les prestations d'invalidité, les IJ maternité et paternité et les dépenses afférentes aux établissements médico-sociaux (cf. fiche 2.5).

Les transferts versés aux régimes de base ont progressé de près de 16% (+0,1 Md€), en raison de la rectification d'erreurs de comptabilisation des charges entre les prestations spécifiques et celles du champ de la PUMA constatées en 2018. La prise en charge des cotisations en faveur des professionnels de santé a augmenté (+8,1%, cf. fiche 2.2). En revanche, la charge relative à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) a baissé de moitié (-0,1 Md€), conséquence de la légère baisse de la dépense moyenne par assuré par rapport à 2018 et à la mise en place progressive du dispositif « 100% santé » qui instaure, à partir du 1^{er} octobre 2019, une prise en charge des dépenses au réel et non plus sur la base d'un forfait. Enfin, les charges de gestion administrative (hors frais d'assiette) ont diminué de 0,6%.

Les recettes, dont la structure a été fortement modifiée, ont progressé de 2,1%

Les recettes ont augmenté de 2,1% à un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1%) dans un contexte de modification profonde de la structure des recettes de la branche par la LFSS pour 2019 (cf. fiche 1.1).

Ainsi, la transformation du CICE en allègements de cotisations conduit à une baisse de 6 points du taux de cotisation patronale maladie sur les salaires inférieurs à 2,5 SMIC, expliquant la baisse de 16,3% des recettes de cotisations sociales. La suppression de certaines exonérations ciblées, devenues moins favorables que les allègements généraux renforcés, s'est traduite par une diminution des prises en charge de cotisations par l'Etat (-18,2%). Ces pertes (-17,2 Md€), ainsi que le transfert à l'Etat de la fraction du prélèvement social sur les revenus du capital auparavant affectée au FSV et à la CNSA, ont été compensées à la sécurité sociale ainsi qu'à l'Unédic via l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM (40,4 Md€). Cette dernière a rétrocédé plusieurs recettes en contrepartie : d'une part, une fraction de taxe sur les salaires affectée à l'Acos, et d'autre part, une fraction de CSG affectée à l'Unédic, à la CNSA, à la CNAF et au FSV (en remplacement des prélèvements sur le capital).

Enfin, la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales a abaissé le taux de CSG sur les pensions de retraite intermédiaires, dégradant de 1,5 Md€ les recettes de la branche maladie (cf. fiche 1.3), cette perte n'ayant finalement pas été compensée à la sécurité sociale en partie rectificative de la LFSS pour 2020.

La CNAM a toutefois bénéficié de recettes assises sur les revenus des travailleurs indépendants dynamiques (+12,7%) et de la bonne tenue du secteur agricole en 2019. De plus, l'Acos a perçu des recettes fiscales supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux, dont 0,1 Md€ a été reversé à la CNAM. Enfin, les remises conventionnelles pharmaceutiques, qui viennent en atténuation des dépenses, ont connu une forte progression (20,4%) du fait de la montée en charge rapide de certaines molécules soumises à des taux de remises élevés (cf. fiche 2.2).

Tableau 1 • Charges et produits nets de la branche maladie du régime général

En millions d'euros

	2017	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	206 551	211 534	2,4	216 648	2,4
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	193 953	198 339	2,3	202 838	2,3
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	181 489	185 581	2,3	189 843	2,3
Prestations légales "maladie" nettes	177 007	181 068	2,3	185 308	2,3
Soins de ville	80 639	82 922	2,8	84 499	1,9
Prestations en nature	72 728	74 642	2,6	76 009	1,8
Indemnités journalières	7 911	8 279	4,7	8 490	2,5
Etablissements	96 368	98 147	1,8	100 810	2,7
Etablissements publics	62 503	63 611	1,8	65 203	2,5
Cliniques privées	13 325	13 557	1,7	14 053	3,7
Etablissements médico-sociaux	20 540	20 979	2,1	21 554	2,7
Prestations légales "maternité" nettes	3 691	3 681	-0,3	3 681	0,0
Soins des Français à l'étranger	792	832	5,1	854	2,6
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	12 464	12 758	2,4	12 995	1,9
TRANSFERTS NETS	5 860	6 421	9,6	7 043	9,7
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	759	639	-15,8	739	15,8
Prise en charge de cotisations des PAM	1 044	1 042	-0,2	1 126	8,1
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	4 048	4 612	13,9	5 115	10,9
Financement du FIR	3 223	3 265	1,3	3 495	7,0
FMESPP	59	446	++	644	44,3
Autres participations et subventions	766	902	17,7	977	8,3
Dépassement forfait CMU-C et soins urgents	9	128	++	62	--
CHARGES DE GESTION COURANTE	6 679	6 722	0,6	6 684	-0,6
AUTRES CHARGES NETTES	59	53	-10,2	83	++
PRODUITS NETS	201 679	210 802	4,5	215 182	2,1
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	194 799	203 334	4,4	207 209	1,9
Cotisations sociales brutes	90 501	87 456	-3,4	73 241	-16,3
Cotisations sociales salariés	84 413	81 575	-3,4	66 782	-18,1
Cotisations sociales non salariés	4 024	4 281	6,4	4 824	12,7
Cotisations sociales des inactifs	854	855	0,1	847	-0,9
Autres cotisations sociales (dont assurés volontaires)	930	491	-47,2	571	16,2
Majorations et pénalités	279	254	-9,1	217	-14,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	3 061	2 736	-10,6	2 239	-18,2
CSG, autres contributions sociales, impôts et taxes	102 208	113 843	11,4	132 380	16,3
CSG brute	71 152	93 593	31,5	71 795	-23,3
CSG sur revenus d'activité	55 724	73 334	31,6	58 010	-20,9
CSG sur revenus de remplacement	15 125	19 866	31,3	13 362	-32,7
Autres assiettes de CSG	303	393	29,7	424	7,9
Contributions sociales	129	205	++	297	44,9
Impôts et taxes	30 927	20 046	-35,2	60 288	++
Impôts et taxes affectés en compensation de MUES	0	0		0	
Taxes sur les tabacs	11 839	12 772	7,9	13 022	2,0
TVA nette	10 327	579	--	41 023	++
Taxes médicaments	984	979	-0,4	942	-3,8
Taxe de solidarité additionnelle	2 225	2 487	11,8	2 349	-5,5
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	1 598	1 643	2,8	1 595	-2,9
Taxe sur les salaires	3 082	1 565	-49,2	1 332	-14,9
CSSS et CSSSS, et autres taxes	873	19	--	25	26,0
Charges nettes liées au non recouvrement	-970	-702	-27,7	-650	-7,3
TRANSFERTS NETS	2 776	2 690	-3,1	2 876	6,9
Compensations et transferts d'équilibrage	0	0		117	
Autres transferts des régimes de base	1 268	1 265	-0,2	1 251	-1,1
Transfert AT pour sous-déclaration des accidents du travail	1 000	1 000	0,0	1 000	0,0
Autres transferts (congé paternité, régime étudiants, contribution)	268	265	-1,2	251	-5,3
Autres transferts	1 508	1 425	-5,5	1 508	5,9
Contribution nette de la CNSA	1 297	1 367	5,3	1 401	2,5
Autres transferts et Excédent de la CMU-C	211	58	--	107	++
AUTRES PRODUITS NETS	4 103	4 778	16,4	5 097	6,7
dont Recours contre tiers net	777	810	4,3	793	-2,2
dont Remboursements nets des soins des étrangers par le CLEISS	959	884	-7,8	870	-1,6
RESULTAT NET	-4 872	-732		-1 466	

Source : DSS/SDEPF/6A. Tableau 2 • Contributions des facteurs à l'évolution des charges et produits nets de la CNAM

	En points	
	2018	2019
Charges nettes	2,4%	2,4%
Prestations sociales	2,1	2,1
Prestations entrant dans le champ de l'ONDAM	2,0	2,0
Prestations hors ONDAM	0,1	0,1
Transferts	0,3	0,3
Transferts vers les régimes de base	-0,1	0,0
Fonds ONDAM	0,3	0,3
Autres transferts (CMU, Soins urgents)	0,1	0,0
Charges de gestion courante	0,0	-0,1
Autres charges nettes	0,0	0,1
Produits nets	4,5%	2,1%
Cotisations, impôts et taxes nets	4,2	1,8
Cotisations sociales brutes	-1,5	-6,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	-0,2	-0,2
CSG brute	11,1	-10,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales bruts	-5,4	19,1
Charges nettes liées au non recouvrement	0,2	0,0
Transferts nets	0,0	0,1
Transferts des régimes de base	0,0	0,0
Autres transferts	0,0	0,0
Autres produits nets	0,3	0,2

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 1 • Ecart à la LFSS pour 2020

Le déficit de la branche maladie du régime général en 2019, prévu à 3,0 Md€ en LFSS pour 2020, s'est finalement établi à 1,5 Md€.

Les prestations maladie avaient été surestimées de 0,7 Md€, en raison principalement de remises pharmaceutiques plus élevées que prévu (+0,4 Md€) qui viennent en atténuation des dépenses de produits de santé.

Les recettes assises sur les revenus d'activité ont été supérieures de 0,8 Md€ à la prévision. Les recettes des travailleurs indépendants (TI), spontanément très variables d'une année à l'autre, ont progressé à un rythme nettement supérieur à celui attendu (+0,4 Md€), de même que les recettes relatives au secteur agricole (+0,4 Md€). De plus, les recettes assises sur les revenus de remplacement sont également plus dynamiques que prévu (+0,2 Md€). A l'inverse, les autres recettes fiscales ont moins progressé que prévu et dégradent le compte de 0,4 Md€.

La CNAM bénéficie par ailleurs d'un transfert non anticipé reçu de l'Acoss (+0,1 Md€) : dans le cadre de la suppression du CICE et de l'élargissement des allègements généraux au 1^{er} janvier 2019, l'Acoss a en effet perçu des recettes fiscales *in fine* légèrement supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes de cotisations ; une partie de ce supplément de recettes (de 0,1 Md€) a été reversée à la branche maladie. Enfin, les dépenses de gestion administrative sont plus faibles de 0,2 Md€ par rapport à la prévision.

Principaux écarts entre les soldes prévus pour la LFSS 2019 et les soldes actualisés

	2019
Solde LFSS 2020	-3,0
Dépenses nettes dans le champ de l'ONDAM	0,6
Prestations sociales hors ONDAM	0,1
Recettes sur revenus d'activité (cotisations & CSG)	0,8
CSG assise sur revenus de remplacement	0,2
Recettes fiscales et contributions hors CSG	-0,4
Autres	0,2
Solde CCSS juin	-1,5
Ecart à la LFSS pour 2020	1,5

Source : DSS/SDEPF/6A

4.3 Les comptes de la branche AT-MP

L'excédent de la branche AT-MP du régime général est reparti à la hausse en 2019 pour s'établir à 1,0 Md€ (cf. tableau 1), après 0,7 Md€ en 2018 et 1,1 Md€ en 2017. L'année 2018 avait été marquée par une baisse du taux de cotisations.

Les dépenses de la branche ont ralenti en 2019

En 2019, les charges de la CNAM AT-MP ont augmenté de 1,6% après +2,7% en 2018.

Les prestations dans le champ de l'ONDAM ont été très dynamiques (+7,0%), à un rythme proche de 2018 (+7,9%). Dans le détail, les dépenses d'indemnités journalières ont progressé de 9,7% après 7,4% en 2018 (expliquant 2,6 points d'évolution), en raison de la montée en charge du dispositif de reconnaissance anticipée des AT-MP instauré par la LFSS pour 2018, qui joue pleinement en 2019, tandis que les autres dépenses de soins de ville baissent (-3,9%). Ce recul est le contrecoup de l'accélération constatée en 2018 (+19%) résultant d'une erreur de provisionnement en 2017 qui avait eu pour conséquence de sous-estimer les charges enregistrées en 2017 et de mécaniquement gonfler celles de 2018. L'année 2019 voit le retour à un niveau de charges normal. Les dépenses en établissements ont augmenté faiblement (+0,6%).

Les prestations hors ONDAM sont réparties faiblement à la hausse (+0,9%), sous l'effet notamment des actions de prévention du Fonds nationale de prévention des accidents du travail, qui ont rebondi de 50 M€ après le ralentissement observé en 2018 lors du renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la branche. En revanche, les rentes d'incapacité permanente ont ralenti (+0,4% après +1,2% en 2018), en raison notamment de leur revalorisation limitée à 0,3% au 1^{er} avril 2019 (+0,5% en moyenne annuelle ; cf. fiche 2.5).

Les transferts à la charge de la branche ont diminué de 5,3%, sous l'effet du contrecoup de la comptabilisation en 2018 d'une charge pour la branche au titre de la compensation à l'Unedic d'une partie de ses cotisations d'assurance chômage (cf. fiche 1.4). De plus, l'ensemble des dépenses liées à l'amiante à la charge de la branche poursuivent leur décroissance structurelle compte tenue de la baisse tendancielle des travailleurs y ayant été exposés au cours de leur carrière : baisse de la dotation au FIVA votée dans la LFSS pour 2019 (-10 M€), nouveau recul des transferts à la CNAV au titre des départs anticipés en retraite au titre de l'amiante (-8,3%) ainsi que des dépenses d'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (ACAATA ; -9,8%).

Les dépenses de gestion courante ont baissé de 3,9%.

Les produits de la branche ont été très dynamiques

Les produits ont augmenté de 4,0%. Les cotisations sociales assises sur les rémunérations des salariés du secteur privé en constituent la quasi-totalité et expliquent en conséquence l'essentiel de la dynamique globale des recettes de la branche.

Les produits bruts de cotisations sociales ont progressé de 3,2%, (soit 3 points de contribution à la croissance de l'ensemble des produits, cf. tableau 2), soit un rythme légèrement supérieur à celui de l'assiette salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1%). Les secteurs d'activité avec des taux élevés de cotisations (soit les secteurs avec le plus fort taux d'accidents du travail : bâtiment, industrie...) ont été relativement plus dynamiques que les autres secteurs.

Les charges liées au non recouvrement ont nettement diminué, augmentant d'autant les produits nets de la branche. Les comptes 2019 incluent un provisionnement supplémentaire au titre des litiges, correspondant à des appels de cotisations contestés par des entreprises. Cette nouvelle provision est toutefois moindre que celle comptabilisée en 2018.

Les recours contre tiers sont toujours dynamiques (+7,8%), et expliquent 0,2 point de la croissance totale des recettes de la CNAM-AT en 2019.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNAM AT-MP

	en millions d'euros				
	2017	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	11 728	12 045	2,7	12 239	1,6
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	8 766	9 029	3,0	9 364	3,7
Prestations ONDAM nettes	3 890	4 196	7,9	4 489	7,0
Prestations exécutées en ville	3 474	3 784	8,9	4 077	7,7
Prestations en nature	464	550	18,7	529	-3,9
Indemnités journalières	3 011	3 234	7,4	3 549	9,7
Prestations exécutées en établissements	414	410	-0,9	413	0,6
Soins des français à l'étranger	1	1	-6,4	-1	--
Prestations hors ONDAM nettes	4 877	4 833	-0,9	4 874	0,9
Prestations d'incapacité permanente	4 295	4 347	1,2	4 367	0,4
Allocations ACAATA	351	318	-9,6	287	-9,6
Actions de prévention du compte personnel de prévention (C2P)	0	7		8	26,7
Autres prestations (dont actions de prévention du FNPAT)	231	162	-30,0	212	++
TRANSFERTS NETS	2 058	2 119	3,0	2 006	-5,3
Transferts avec d'autres régimes de base	1 678	1 740	3,7	1 658	-4,7
Transfert d'équilibrage partiel	397	480	20,8	430	-10,4
Prise en charge de cotisations au titre de l'ACAATA	78	70	-10,8	63	-9,8
Prises en charge de prestations	203	190	-6,4	165	-13,0
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité et de l'amiante	192	180	-6,3	165	-8,3
Reversement au FCAT par la CNAMTS	10	10	-8,6	0	--
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	1 000	1 000	0,0	1 000	0,0
Transfert avec des fonds	302	312	3,4	286	-8,6
Fonds amiante (FIVA)	250	270	8,0	260	-3,7
FIR, fonds ONDAM et autres fonds	52	42	-18,6	26	--
Transferts avec les complémentaires (PEC cotisations ACAATA)	77	67	-13,3	63	-6,9
CHARGES DE GESTION COURANTE	893	878	-1,7	843	-3,9
AUTRES CHARGES NETTES	11	19	++	26	++
PRODUITS NETS	12 858	12 706	-1,2	13 214	4,0
COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES NETS	12 462	12 263	-1,6	12 737	3,9
Cotisations sociales brutes	12 693	12 482	-1,7	12 864	3,1
Cotisations sociales salariés	12 645	12 431	-1,7	12 824	3,2
Autres cotisations sociales	8	17	++	12	--
Majorations et pénalités	40	35	-13,6	29	-16,7
Cotisations prises en charge par l'État nettes	44	83	++	99	18,1
Impôts et taxes	0	1	++	0	--
Charges liées au non-recouvrement	-275	-304	10,6	-226	-25,6
TRANSFERTS NETS	12	18	++	14	-24,7
AUTRES PRODUITS NETS	384	425	10,7	464	9,1
Dont recours contre tiers nets	332	367	10,5	395	7,8
RESULTAT NET	1 130	661		975	

Source : DSS/SDEPF/6A.

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** qui en représentent 77% en 2019.

Parmi elles, les prestations de soins intégrées au **périmètre de l'ONDAM** se distinguent des autres dépenses de la branche par leur dynamique plus forte. Les prestations dans le champ de l'ONDAM sont tirées par les indemnités journalières qui en constituent la majorité, tandis que les prestations en nature progressent à un rythme plus modéré dans un contexte global de réduction de la sinistralité¹.

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 en cas d'incapacité permanente. La réduction tendancielle de la sinistralité est un facteur modérateur de ces dépenses, atones en volume. En conséquence la dynamique des rentes est portée par leur revalorisation légale annuelle, qui suit l'inflation. L'année 2019 a cependant constitué une exception avec une revalorisation limitée à 0,3% au 1^{er} avril.

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. Depuis 2018, elle finance également le besoin de financement de la branche AT-MP du régime des marins, assuré auparavant par la branche maladie (LFSS pour 2018).

Enfin, depuis 2018, la branche a repris 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 se traduit 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 Le nombre d'accidents de travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles a diminué de 1,2% en moyenne entre 2010 et 2018 - cf. indicateur n°1.2 de l'annexe 1 du PLFSS 2020 consacré aux accidents du travail/maladies professionnelles.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et des produits nets

	En points	
	2018	2019
Charges nettes	2,7	1,6
Prestations sociales nettes	2,2	2,8
Prestations d'incapacité temporaire	2,6	2,4
Soins de ville	0,7	-0,2
IJ AT	1,9	2,6
Etablissements	0,0	0,0
Prestations d'incapacité permanente	0,4	0,2
Allocations ACAATA	-0,3	-0,3
Actions de prévention du compte personnel de prévention (C2P)	0,0	0,0
Autres prestations	-0,6	0,4
Transferts versés	0,5	-0,9
Transfert d'équilibrage (yc FCAT)	0,7	-0,5
Cotisations au titre de l'ACAATA (yc complémentaires)	-0,2	-0,1
Sous-déclaration des AT	0,0	0,0
Pénibilité et amiante	-0,1	-0,1
FIVA	0,2	-0,1
FIR, fonds ONDAM et autres fonds	-0,1	-0,1
Charges de gestion courante	-0,1	-0,3
Autres charges nettes	0,1	0,1
Produits nets	-1,2	4,0
Cotisations sociales	-1,6	3,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,3	0,1
Impôts, taxes et contributions sociales	0,0	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-0,2	0,6
Recours contre tiers	0,3	0,2
Autres produits nets	0,1	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 2 • Ecart à la LFSS pour 2020

Le solde définitif 2019 s'est établi à 1,0 Md€, inférieur de 0,1 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2020 (cf. tableau 3). Les prestations servies par la branche ont en effet été plus dynamiques qu'attendu (pour 0,2 Md€) notamment les indemnités journalières. A l'inverse, les charges de gestion administrative ont été surévaluées de 0,06 Md€ dans la trajectoire de l'automne.

Tableau 3 • Décomposition des principaux écarts à la trajectoire de la LFSS pour 2020 (Md€)

	2019
Solde prev	1,1
Prestations légales nettes	-0,2
Cotisations et PEC Etat nettes	0,0
Gestion administrative nette	0,1
Solde technique	1,0
Ecart au solde précédent	-0,1

4.4 Les comptes de la branche vieillesse

Après deux années d'excédent croissant de la branche vieillesse en 2016 (0,9 Md€) et 2017 (1,8 Md€), le solde de la branche s'est fortement dégradé en 2018, atteignant 0,2 Md€.

En 2019, les dépenses de prestations ont conservé leur dynamisme (+2,6%) tandis que les produits ont ralenti (+1,4% après +1,6% en 2018), entraînant le retour d'un déficit conséquent (-1,4 Md€).

La branche vieillesse de nouveau nettement déficitaire en 2019 malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3%

Les départs en retraite n'étant plus freinés par le décalage de l'âge légal, les dépenses de la branche vieillesse du régime général sont demeurées dynamiques en 2019, malgré un léger ralentissement (+2,6% après +2,9% ; cf. fiche 2.6). Cette décélération découle de la revalorisation des pensions fixée en LFSS pour 2019 au taux de 0,3%, un taux déconnecté de l'évolution des prix (cf. encadré 1 de la fiche 2.5), alors que les pensions avaient été revalorisées de 0,6% en moyenne annuelle en 2018.

Les prestations versées au titre du minimum vieillesse ont sensiblement progressé (13,4%, soit +0,3 Md€ par rapport à 2018) en raison de la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse décidée en LFSS pour 2018 pour le porter progressivement à 903 € mensuels pour une personne seule d'ici 2020. L'augmentation de la prestation (effet prix) et du plafond d'éligibilité qui en découle, conduisant à un nombre plus important de bénéficiaires (effet volume), expliquent ce fort dynamisme, sans incidence toutefois sur le solde de la branche vieillesse, puisque ces dépenses sont financées par un transfert du FSV.

Les transferts versés par la branche ont aussi fortement augmenté en 2019 (+10,9%), contribuant pour 0,4 point à l'évolution des dépenses (cf. tableau 2). Une nouvelle fois, cette nette progression s'explique essentiellement par la charge de compensation démographique (+12%). Le transfert net versé à la CNRACL dans le cadre des validations de service auxiliaire, dont de nombreux dossiers ont été traités en 2019, et le transfert versé à la CNIEG dans le cadre de son adossement (+3,0%), ont aussi soutenu les dépenses.

Les recettes ont ralenti en 2019 en raison de cotisations sociales peu dynamiques

Les recettes affectées à la branche vieillesse ont progressé de 1,4% en 2019, en léger ralentissement par rapport à 2018 (+1,6%).

Les cotisations sociales ont été peu dynamiques (+1,4% après 2,1%) sous l'effet, d'une part, d'une croissance de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations moins soutenue qu'en 2018 (+3,1% après 3,5%) et, d'autre part, de l'exonération de cotisation salariale assise sur les heures supplémentaires.

Cette dernière a pesé pour 1,1 Md€ sur les recettes de la CNAV en 2019. En effet, sa mise en œuvre, initialement prévue à partir de septembre en LFSS pour 2019, a conduit à une perte de cotisations de 0,6 Md€, compensée en intégralité par une hausse de taxe sur les salaires affectée à la branche, au détriment de la CNAF. L'anticipation de l'entrée en vigueur de l'exonération en janvier 2019, décidée dans le cadre des mesures d'urgence économique et sociale (MUES), a pesé pour 1,1 Md€ supplémentaires, non compensés à la branche en 2019 (mais compensés en 2020, cf. encadré 1).

La fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAV a augmenté de 0,9 Md€, afin de lui compenser les pertes relatives à l'exonération des heures supplémentaires (cf. *supra*) et à la transformation du CICE en renforcement des allègements généraux, qui amènent à supprimer plusieurs dispositifs compensés. Par ailleurs, les produits de la branche ont été affectés par une mesure de la loi PACTE qui est venu réduire les recettes fiscales du régime en instaurant un abattement sur l'assiette du forfait social dont la CNAV est attributaire (-0,5 Md€).

Les transferts reçus par la branche vieillesse ont été quasi stables en 2019 après avoir fortement diminué en 2018 (-0,3% après -2,0%). D'une part, ceux versés par le FSV ont continué de baisser du fait de l'extinction progressive de sa contribution au financement du minimum contributif (cf. fiche 4.6). Cette baisse a toutefois été amoindrie (-1,3% après -3,5%) par une hausse des prises en charge de cotisations (+0,15 Md€ pour les périodes de chômage et de maladie) et des prestations au titre du minimum vieillesse (+0,3 Md€). D'autre part, l'Acos a perçu des recettes fiscales *in fine* légèrement supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux au 1^{er} janvier 2019 ; une partie de ce supplément de recettes (0,1 Md€) a été reversée à la CNAV.

Tableau 1 • Evolution des charges et produits nets

en millions d'euros

	2017	2017 pro forma	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	124 804	129 830	133 636	2,9	137 130	2,6
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	115 510	123 056	126 645	2,9	129 583	2,3
Prestations légales nettes	115 210	122 685	126 288	2,9	129 235	2,3
Prestations légales « vieillesse »	115 010	122 462	126 032	2,9	129 251	2,6
Droits propres	104 227	110 579	113 994	3,1	117 111	2,7
Avantages principaux hors majorations	98 300	104 339	107 536	3,1	110 277	2,5
Retraite anticipée	3 336	3 509	3 486	-0,6	3 204	-8,1
Age légal ou plus	81 877	86 970	89 960	3,4	92 791	3,1
Pension inaptitude	6 244	6 868	6 852	-0,2	6 832	-0,3
Pension invalidité	6 576	6 725	6 984	3,8	7 212	3,3
Départs dérogatoires pour pénibilité et amiante	266	266	254	-4,7	239	-6,0
Minimum vieillesse	2 185	2 228	2 371	6,4	2 690	13,4
Majorations	3 742	4 013	4 087	1,8	4 144	1,4
Droits dérivés	10 786	11 886	12 047	1,4	12 144	0,8
Divers	-3	-3	-10	++	-4	--
Prestations légales « veuvage »	53	53	55	3,5	47	-14,8
Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances	146	169	201	18,8	-63	--
Prestations extralégales nettes	301	372	356	-4,2	348	-2,3
TRANSFERTS NETS	7 915	5 116	5 366	4,9	5 951	10,9
Transferts entre régimes de base	7 915	5 116	5 366	4,9	5 946	10,8
Transferts de compensation démographique	4 545	3 055	3 317	8,6	3 716	12,0
Transferts d'équilibrage de la CAVIMAC	1 417	107	102	-4,7	93	-8,8
Transferts de cotisations avec les régimes spéciaux	266	266	231	-13,2	369	++
FPE	63	63	81	29,1	83	2,0
CNRACL	183	183	141	-22,9	268	++
Autres	21	21	9	--	19	++
Transferts d'adossment entre la CNAV et la CNIEG	1 665	1 665	1 715	3,1	1 768	3,0
Autres transferts nets	23	23	1	--	0	-35,9
Transferts des régimes de base avec les fonds	0	0	0	-	5	-
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 339	1 610	1 588	-1,3	1 551	-2,4
AUTRES CHARGES NETTES	39	48	37	-21,4	45	20,4
PRODUITS NETS	126 601	131 627	133 797	1,6	135 722	1,4
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS ET IMPÔTS NETS	97 068	101 669	104 462	2,7	106 426	1,9
Cotisations sociales brutes	81 387	85 938	87 760	2,1	89 007	1,4
Cotisations sociales des actifs	80 659	85 144	87 057	2,2	88 282	1,4
Autres cotisations sociales	473	477	427	-10,6	472	10,5
Majorations et pénalités	256	318	277	-12,9	253	-8,4
Cotisations prises en charge par l'État brutes	1 940	2 081	2 293	10,2	2 260	-1,4
Contributions sociales diverses	5 907	5 907	6 081	3,0	5 596	-8,0
Forfait social	5 495	5 495	5 715	4,0	5 253	-8,1
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	407	407	355	-12,8	331	-6,6
Prélèvement social sur les revenus des placements	-5	-5	-2	-47,1	-1	--
Autres cotisations et contributions sociales diverses	9	9	14	47,5	12	-9,8
Impôts et taxes bruts	8 912	8 912	8 913	0,0	10 270	15,2
Impôts et taxes affectés en compensation des exonérations	0	0	0	--	0	--
Taxe sur les salaires	5 328	5 328	5 111	-4,1	6 351	24,3
C.S.S.S.	3 584	3 584	3 779	5,4	3 902	3,3
Autres impôts et taxes	0	0	23	-	18	-24,6
Charges liées au non-recouvrement	-1 077	-1 169	-586	-49,8	-707	20,6
- sur autres recettes fiscales	-147	-147	-18	-	-6	-
- sur cotisations	-931	-1 022	-569	-	-701	-
+ reprises sur provisions sur cotisations	0	150	263	-	135	-
- dotations aux provisions sur cotisations	-352	-461	-101	-	-71	-
- pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations	-579	-711	-731	-	-764	-
TRANSFERTS NETS	29 249	29 620	29 026	-2,0	28 941	-0,3
Transferts entre régimes de base	11 544	11 737	11 763	0,2	11 911	1,3
Transfert de compensation spécifique	0	0	0	-	117	-
Transferts d'équilibrage	385	385	421	9,4	466	10,8
MSA- Salariés	325	325	367	13,1	413	12,3
Mayotte	60	60	54	-10,8	54	0,2
Prises en charge de cotisations	5 170	5 170	5 076	-1,8	5 055	-0,4
Cotisations au titre de l'AVPF	5 092	5 092	5 006	-1,7	4 992	-0,3
Autres prises en charge de cotisations	78	78	70	-10,9	63	-9,7
Prises en charge de prestations	4 228	4 421	4 511	2,0	4 571	1,3
Au titre de l'incapacité permanente et de l'amiante	192	192	186	-2,9	173	-7,1
Au titre des majorations pour enfants	4 036	4 229	4 324	2,2	4 398	1,7
Transferts de cotisations avec les régimes spéciaux	243	243	240	-1,2	190	-20,6
Transferts d'adossment entre la CNAV et la CNIEG	1 518	1 518	1 515	-0,2	1 512	-0,2
Transferts des régimes de base avec les fonds	17 697	17 875	17 254	-3,5	17 025	-1,3
Prises en charge de cotisations par le FSV	13 190	13 245	13 200	-0,3	13 355	1,2
Au titre du chômage	11 327	11 327	11 234	-0,8	11 321	0,8
Au titre de la maladie	1 632	1 685	1 753	4,0	1 816	3,6
Au titre du service national	28	30	32	5,8	33	3,5
Autres (stagiaires formation professionnelle, apprentis)	203	203	181	-11,1	185	2,5
Prises en charge de prestations par le FSV	4 503	4 626	4 054	-12,4	3 669	-9,5
Au titre du minimum vieillesse	2 275	2 325	2 460	5,8	2 781	13,0
Au titre du minimum contributif	2 228	2 301	1 594	-30,7	889	-44,3
Autres transferts	4	4	0	--	0	-
Autres transferts	8	8	8	2,9	5	-41,9
AUTRES PRODUITS NETS	284	338	310	-8,3	355	14,7
RÉSULTAT NET	1 797	1 797	161	-	-1 408	-

Note : afin d'assurer la comparabilité des exercices, le tableau intègre une colonne « proforma » consolidant les comptes de la CNAV et du RSI pour 2017.

Source : DSS/SDEPF/6A - CNAV

Encadré 1 • Les impacts des dernières lois sur les comptes de la branche vieillesse

La structure des recettes de la branche vieillesse a été sensiblement modifiée entre **2015 et 2017** du fait notamment de la mise en œuvre du pacte de responsabilité. Pour une vision d'ensemble du bilan financier du pacte de responsabilité, se reporter à la fiche 3.1 du rapport de la CCSS de juin 2018.

La LFSS pour **2018** a décalé la date de revalorisation des pensions de retraite du 1^{er} octobre de chaque année au 1^{er} janvier de l'année suivante. La revalorisation des pensions a ainsi été nulle en 2018, générant une économie de 0,3 Md€. Les recettes n'ont en revanche pas fait l'objet de mesures significatives.

Les produits affectés à la CNAV ont à nouveau été modifiés en **2019**. D'une part, la loi PACTE a conduit à réduire la fraction de forfait social affectée à la branche vieillesse (-0,5 Md€). D'autre part, la mesure d'exonération des heures supplémentaires, décidée en LFSS pour 2019 et dont l'entrée en vigueur a été anticipée à janvier 2019 par la loi portant mesures d'urgence économique et sociale (MUES) a pesé au total pour -1,7 Md€ sur les produits de la branche vieillesse en 2019. Cette perte de recettes a été compensée, en deux temps, par une hausse de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAV, au détriment de la CNAF : 0,6 Md€ ont été compensés dès 2019, et 1,1 Md€ supplémentaires en 2020.

La revalorisation annuelle des pensions versées par la CNAV a été fixée à 0,3% au 1^{er} janvier **2019**, par dérogação du taux prévu par le code de la sécurité sociale et en application de la LFSS pour 2019. Au 1^{er} janvier 2020, les pensions des retraités percevant une pension mensuelle brute totale inférieure à 2000 € ont été revalorisées de 1,0%, tandis que celles des retraités au-delà de ce seuil ont été revalorisées de 0,3% (LFSS pour 2020).

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	<i>en points</i>	
	2018	2019
CHARGES NETTES	2,9	2,6
Prestations sociales nettes	2,8	2,2
Droits propres (hors retraite anticipée)	2,6	2,5
Retraite anticipée	0,0	-0,2
Droits dérivés	0,1	0,1
Autres prestations (veuvage, divers, extralégales)	0,0	-0,2
Transferts nets	0,2	0,4
Transfert de compensation démographique	0,2	0,3
Autre transferts	0,0	0,1
Autres charges nettes	0,0	0,0
PRODUITS NETS	1,6	1,4
Cotisations sociales brutes	1,4	0,9
Cotisations sociales prises en charge par l'Etat	0,2	0,0
Contributions sociales, impôts et taxes bruts	0,1	0,7
Forfait social	0,2	-0,3
Taxe sur les salaires	-0,2	0,9
CCSS	0,1	0,1
Autres	0,0	0,0
Charges liées au recouvrement	0,4	-0,1
Transferts nets	-0,5	-0,1
Transfert d'équilibrage MSA	0,0	0,0
Cotisations prises en charge (AVPF)	-0,1	0,0
Prises en charge de cotisations par le FSV	0,0	0,1
Prises en charge de prestations par le FSV	-0,4	-0,3
Autres transferts	0,0	0,1
Autres produits nets	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

Encadré 2 • Les écarts à la LFSS pour 2020

La LFSS pour 2020 prévoyait un déficit de la CNAV de 2,1 Md€ en 2019. Le compte clos fait état d'un déficit moindre (-1,4 Md€), soit un écart de 0,7 Md€ par rapport à la prévision.

Cette amélioration tient, d'une part, à une révision importante des prestations légales nettes (+0,5 Md€). Cette révision s'explique par la sous-estimation lors de la LFSS pour 2020 des reprises sur provisions portant sur les prestations légales (+0,2 Md€). De plus, les risques de rappels de prestations – et donc les provisions associées – ont été moins importants qu'anticipé du fait d'opérations menées en fin d'année par les Carsat de traitement des dossiers en attente du calcul du minimum contributif (+0,2 Md€). En fin, les prestations vieillesse ont été moins dynamiques qu'attendu, améliorant le solde de 0,1 Md€.

D'autre part, des recettes plus dynamiques qu'anticipé viennent elles aussi améliorer le résultat de la CNAV. Les recettes nettes assises sur les revenus d'activité ont été nettement supérieures à la prévision (+0,4 Md€).

L'écart de recettes pour les salariés du secteur privé atteint +0,2 Md€, en raison d'une progression un peu plus forte qu'anticipé de la masse salariale (3,1 % contre 3,0 % en LFSS pour 2020), tandis qu'il s'élève à +0,3 Md€ pour les travailleurs indépendants. Les recettes des travailleurs indépendants, spontanément très variables d'une année à l'autre, ont globalement progressé à un rythme nettement supérieur à celui attendu (+8,7 % contre 2,6 % en prévision). Cette forte dynamique s'explique par la bonne conjoncture de 2018 (les prélèvements sociaux 2019 des travailleurs indépendants étant assis sur leurs revenus 2018), et possiblement par la mise en place du prélèvement à la source qui aurait pu créer des incitations à la hausse de leurs revenus déclarés du fait de l'année blanche d'imposition en matière d'impôt sur le revenu.

Le secteur agricole a lui aussi connu une conjoncture favorable en 2019, avec une masse salariale nettement plus dynamique que prévu (4,9 % contre 2,4 %), qui explique le niveau plus élevé qu'attendu du transfert d'équilibrage reçu de la MSA salariés (+0,3 Md€ par rapport à la LFSS pour 2020).

Les contributions sociales et les recettes fiscales viennent partiellement compenser les écarts constatés sur les cotisations sociales, avec un rendement moindre qu'anticipé en LFSS (-0,2 Md€), particulièrement sur le forfait social (-0,1 Md€) et la taxe sur les salaires (-0,1 Md€).

Enfin, les transferts versés par le FSV, moindres qu'attendu, sont venus globalement dégrader le résultat de la CNAV. Plus précisément, les prises en charge de cotisations au titre du chômage ont été nettement revues à la baisse par rapport à la prévision en LFSS pour 2020 (-0,3 Md€), en raison de la révision de l'évolution des effectifs de chômeurs pris en compte dans le calcul du transfert : alors qu'il était prévu une hausse de 0,2 % de ces effectifs, ils ont finalement connu un repli de près de 0,7 %. En sens inverse, la CNAV bénéficie d'un transfert non anticipé reçu de l'Acoss (+0,1 Md€) : dans le cadre de la suppression du CICE et de l'élargissement des allègements généraux au 1^{er} janvier 2019, l'Acoss a en effet perçu des recettes fiscales *in fine* légèrement supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes de cotisations ; une partie de ce supplément de recettes (de 0,1 Md€) a été reversée à la branche vieillesse.

en milliards d'euros	
Effet sur le solde (en Md€)	2019
Solde LFSS 2020	-2,1
Prestations légales nettes	0,5
Cotisations sociales (dont prises en charge de l'État)	0,4
Contributions sociales et recettes fiscales	-0,2
Transfert d'équilibrage de la MSA salariés	0,3
Prises en charge de cotisations chômage par le FSV	-0,3
Transfert Acoss en raison de la sur-compensation des AG	0,1
Autres transferts	-0,1
Autres	0,0
Solde actualisé CCSS de juin	-1,4
Ecart à la prévision LFSS	0,7

Source : DSS/SDEPF/6A.

4.5 Les comptes de la branche famille

L'excédent de la branche famille s'est établi à 1,5 Md€ en 2019, en amélioration de 1,1 Md€ par rapport à 2018 (cf. tableau 1). Cette amélioration découle d'une hausse sensible des produits (+2,0%) et de charges stables (-0,1%).

Des charges stables du fait d'une revalorisation des prestations limitée à 0,3%

En 2019, les charges nettes ont été quasiment stables (-0,1%) en raison d'une baisse des prestations légales nettes (-0,7%). Les prestations d'entretien ont nettement ralenti (+0,6% après +2,0%) du fait d'une revalorisation annuelle au 1^{er} avril 2019 limitée à 0,3% (LFSS pour 2019), mais aussi de la fin de montée en charge des revalorisations exceptionnelles prévues dans le plan de lutte contre la pauvreté de 2013.

Les dépenses de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ont continué de décroître, mais à un rythme moindre qu'en 2018 (-2,5% après -3,3%). En particulier, les dépenses liées au congé parental (Prepave) marquent le pas (-6,0%), après plusieurs années de très forte diminution (de l'ordre de -20% en 2017 et 2018), en raison de la baisse du recours à cette prestation. Par ailleurs, la mesure d'alignement progressif des plafonds et du montant de l'allocation de base sur le complément familial a pesé à nouveau sur la dynamique de la PAJE (cf. fiche 2.7).

Les autres prestations légales (essentiellement l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ont nettement augmenté (+4,8%).

L'action sociale, finançant notamment les établissements d'accueil du jeune enfant, des équipements destinés aux familles et des aides locales individuelles, a rebondi (+3,3%) après la stagnation enregistrée en 2018, contribuant pour 0,4 point à l'évolution des dépenses en 2019.

Les transferts nets versés par la branche ont peu progressé (+0,4%), sous l'effet notamment de la limitation de la revalorisation des pensions de retraite à 0,3%, qui contient la dynamique des majorations de pensions pour enfants à la charge de la CNAF. Les charges de gestion courante ont fléchi (-2,4%).

Des produits dynamiques dans un contexte de réaffectations de recettes opérées en LFSS pour 2019

Les produits de la CNAF ont progressé de 2,0% en 2019, après +1,3% en 2018.

Les cotisations, nettes des charges liées au non recouvrement, ont retrouvé un rythme (+2,9%) proche de celui de l'assiette salariale du secteur privé soumise à cotisations (+3,1%). Les cotisations sociales des non-salariés au titre de 2019, calculées sur la base des revenus très dynamiques de 2018¹, ont nettement rebondi (+12,7%), en répercussion notamment d'une régularisation négative en 2018 portant sur les cotisations des micro-entrepreneurs.

La dynamique des autres recettes est marquée par des réaffectations. Ainsi, la baisse des produits d'impôts et taxes (-16,5%) résulte de la réduction de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAF (pour 1,9 Md€) au bénéfice de la CNAV (en compensation de la perte de recettes induite par les exonérations sur les heures supplémentaires) et de l'Acoss (dans le cadre de sa mission de compensation à l'Agirc et l'Arrco de leurs pertes de recettes induites par le renforcement des allègements généraux). Cette perte de taxe sur les salaires est partiellement compensée par 1,3 Md€ de produits de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, en provenance de la CNAM (cf. fiche 1.1). Au total, les produits de CSG ont ainsi augmenté de 14,7%.

Les transferts reçus et les autres produits ont progressé de 7,0%, contribuant pour 0,2 point à l'évolution des produits en 2019 (cf. tableau 2).

¹ Cette forte hausse des revenus déclarés par les non-salariés en 2018 pourrait en parties s'expliquer par la mise en place du prélèvement à la source au 1^{er} janvier 2019, les revenus déclarés en 2018 étant, sous certaines conditions, non soumis à l'impôt sur le revenu « année blanche », cf. fiche 1.1).

Tableau 1 • Charges et produits nets de la CNAF

En millions d'euros

	2017	%	2018	%	2019	%
CHARGES NETTES	49 957	0,7	49 945	0,0	49 877	-0,1
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	36 735	0,7	36 738	0,0	36 689	-0,1
Prestations légales nettes	31 305	-0,2	31 303	-0,01	31 074	-0,7
Allocations en faveur de la famille (Prestations d'entretien)	18 374	1,8	18 742	2,0	18 854	0,6
Allocations pour la garde des enfants (PAJE)	11 655	-3,8	11 274	-3,3	10 994	-2,5
Allocations en faveur du logement	17	--	2	--	0	--
Autres prestations légales	1 094	2,6	1 170	6,9	1 227	4,8
Provisions et ANV nettes des reprises sur prestations	163,59	++	115,11	-29,6	-0,24	--
Prestations extralégales nettes/ action sociale	5 431	6,3	5 435	0,1	5 615	3,3
TRANSFERTS VERSES NETS	10 204	0,1	10 234	0,3	10 272	0,4
Prise en charge de cotisations au titre de l'AVPF	5 092	0,5	5 006	-1,7	4 992	-0,3
Majorations pour enfants	4 778	0,7	4 864	1,8	4 927	1,3
Congé paternité	263	-2,0	262	-0,3	263	0,3
Autres transferts nets	71	--	102	++	90	-11,3
CHARGES DE GESTION COURANTE	2 981	2,8	2 927	-1,8	2 856	-2,4
AUTRES CHARGES NETTES	37	29,1	47	26,3	60	27,9
PRODUITS NETS	49 757	2,4	50 396	1,3	51 401	2,0
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS, IMPOTS ET TAXES NETS	48 627	2,4	49 458	1,7	50 399	1,9
Cotisations sociales brutes	30 192	0,1	29 357	-2,8	30 313	3,3
Cotisations sociales des salariés	26 906	0,0	27 737	3,1	28 519	2,8
Cotisations sociales des non-salariés	3 176	1,2	1 532	--	1 715	12,0
Majorations et pénalités	110	-9,0	87	-20,5	78	-10,7
Cotisations prises en charge par l'Etat nettes	852	++	851	-0,1	686	-19,3
CSG brute	10 168	2,6	10 435	2,6	11 965	14,7
CSG sur revenus d'activité	7 757	3,0	7 968	2,7	9 239	16,0
CSG sur revenus de remplacement	2 330	1,4	2 381	2,2	2 630	10,5
CSG sur revenus du capital	-2	--	-1	--	-1	--
Autres assiettes (jeux et majos)	84	3,1	87	3,7	96	10,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7 714	12,0	8 890	15,2	7 422	-16,5
Prélèvement sur les stock-options et les jeux et paris	542	23,9	580	7,1	865	++
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) et sur les primes d'assurance automobile (VTM)	1 010	--	1 025	1,5	1 008	-1,6
Taxe tabac	0,4	--	0,0	--	0,0	--
Taxe sur les salaires	5 364	++	6 534	21,8	4 782	-26,8
Taxe sur les véhicules de société (TVS)	798	++	751	-5,9	767	2,2
Autres contributions, impôts et taxes	-0,5	--	-0,3	++	-0,1	++
Charges liées au non-recouvrement	-299	--	-74	++	13	++
Sur cotisations sociales	-178	--	-72	++	-164	--
Sur CSG	1	--	0	0,0	-24	--
Sur impôts, taxes et autres contributions	-121	--	-2	++	201	++
TRANSFERTS RECUS NETS	345	-3,3	217	--	202	-6,7
AUTRES PRODUITS NETS	785	3,5	720	-8,2	800	11,1
RESULTAT NET	-200		450		1 525	

Notes :

- 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).
- 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. A partir de 2017, le périmètre des dépenses de la CNAF n'est plus modifié ; cependant, des mesures ont affecté les recettes, en particulier en compensation des baisses de taux de cotisation intervenues au cours de l'année 2016, continuent à peser sur les évolutions 2016-2017.
- La LFSS pour 2019 a introduit plusieurs mesures qui affectent la dynamique ou la structure de charges et produits de la branche famille (cf. page précédente). S'agissant des produits, des opérations de transferts, interne et externe, au régime général ont été effectuées.

Tableau 2 • Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits nets de la CNAF

	en points		
	2017	2018	2019
CHARGES NETTES	0,7	0,0	-0,1
Prestations sociales nettes	0,5	0,0	-0,1
Prestations légales nettes	-0,1	0,0	-0,5
Prestations extralégales nettes	0,6	0,0	0,4
Transferts versés nets	0,0	0,1	0,1
Charges de gestion courante	0,2	-0,1	-0,1
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0
PRODUITS NETS	2,4	1,3	2,0
Cotisations sociales brutes	0,0	-1,7	1,9
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	0,0	-0,3
CSG activité et remplacement	0,5	0,5	3,0
Autres impôts, taxes et contributions sociales	1,7	2,4	-2,9
Charges liées au non recouvrement :	-0,6	0,5	0,2
sur cotisations sociales,	-0,3	0,2	-0,2
sur CSG,	0,0	0,0	0,0
sur impôts, taxes et autres contributions.	-0,3	0,2	0,4
Transferts reçus nets	0,0	-0,3	0,0
Autres produits nets	0,1	-0,1	0,2

Source: DSS/SDEPF/6A.

Encadré 2 • Ecart à la trajectoire financière de la LFSS pour 2020

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoyait un excédent de la CNAF de 0,8 Md€ en 2019. Le compte des 2019 affiche un excédent de 1,5 Md€, soit un écart de 0,7 Md€ (sur un total de charges de 49,9 Md€). Cette amélioration provient d'une surestimation des charges (+0,4 M€) et d'une sous-évaluation des recettes (+0,3M€).

Les charges nettes de gestion courante ont été surestimées de 0,2 Md€, et les dépenses de prestations sociales nettes ont été moins importantes que prévu, améliorant le solde de 0,2Md€. Cet écart s'explique par la conjonction de deux éléments : le risque de rappels de prestations – et donc la provision associée – a été révisé à la baisse (-0,1Md€), et le nombre de bénéficiaires de prestations a été plus faible que prévu, du fait d'un fléchissement des naissances.

Concernant les produits, les recettes assises sur les revenus d'activité ont été sous-évaluées à hauteur de 0,2 Md€. L'évolution des recettes du secteur privé a été globalement conforme aux prévisions (+0,1 Md€), la prévision d'évolution de masse salariale (+ 3,0%) étant proche de celle constatée (+3,1%). L'écart de recettes pour les travailleurs indépendants est plus important (+0,3 Md€). Les recettes des travailleurs indépendants, spontanément très variables d'une année à l'autre, ont globalement progressé à un rythme nettement supérieur à celui attendu (+8,7 % contre 2,6 % en prévision). Cette forte dynamique s'explique par la bonne conjoncture de 2018 (les prélèvements sociaux 2019 des travailleurs indépendants étant assis sur leurs revenus 2018) et, possiblement, par la mise en place du prélèvement à la source qui aurait pu créer des incitations à la hausse de leurs revenus déclarés du fait de l'année blanche d'imposition en matière d'impôt sur le revenu. A l'inverse, le rendement des autres assiettes a été inférieur aux prévisions (-0,2 Md€). Les recettes fiscales et autres contributions sociales ont été plus dynamiques que prévu (+0,1 Md€), en dépit du moindre rendement de la taxe sur les salaires (-0,3 Md€). Cela résulte de la conjonction de deux éléments : d'une part un supplément de rendement sur les prélèvements assis sur les stock-options et les attributions d'actions gratuites, et sur la taxe sur les véhicules de sociétés (0,2 Md€), et d'autre part d'une révision à la baisse des charges liées au non recouvrement (0,2 M€).

Effets sur le solde (en Md€)	2019
Solde LFSS	0,8
Prestations nettes de provisions	0,2
Gestion administrative	0,2
Recettes sur revenus d'activité	0,2
dont secteur privé	0,1
dont travailleurs indépendants	0,3
dont autres	-0,2
Recettes fiscales et PEC Etat	0,1
Autres	-0,1
Solde actualisé CCSS de juin	1,5
Ecart au solde précédent	0,7

Note : les chiffres du tableau donnent l'impact sur le solde de la branche. Ainsi, une recette qui augmente joue positivement sur le solde, tandis qu'une dépense (prestations, gestion administrative...) qui augmente joue à l'inverse négativement sur le solde.

Source : DSS/SDEPF/6A

4.6 Les comptes du FSV

La situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est à nouveau améliorée en 2019, avec un déficit atteignant 1,6 Md€, en réduction de 0,2 Md€ par rapport à 2018 (cf. tableau 1).

Les charges du FSV ont poursuivi la tendance observée ces dernières années, en diminuant de nouveau en 2019, mais de manière plus contenue cette fois (-1,1% après -3,0% en 2018). Les produits sont quant à eux demeurés stables, dans un contexte de modification de la structure des recettes du fonds.

Les dépenses du FSV ont encore diminué en 2019, portées par l'extinction progressive de sa participation au financement du minimum contributif

Dans la continuité des années précédentes, la baisse des charges du FSV a été portée en 2019 par la fin progressive de sa contribution au financement du minimum contributif, jusqu'à son extinction en 2020 : cette prise en charge par le fonds a une nouvelle fois diminué de 0,8 Md€, contribuant pour -4,1 points à l'évolution des charges (cf. tableau 2).

En sens inverse, la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse, décidée en LFSS pour 2018 et qui se poursuit jusqu'en 2020, augmente les prises en charge de prestations au titre de ce dispositif : +0,4 Md€ en 2019 (+11,3%), contribuant à la hausse des dépenses du fonds pour 1,9 point.

Les autres prises en charges de cotisations progressent également. Ainsi, les cotisations prises en charge au titre du chômage ont augmenté de 1,3% en 2019, soit une hausse de 0,2 Md€ par rapport à 2018, contribuant pour +0,8 point à l'évolution des charges. Dans un contexte de baisse des effectifs de chômeurs comptabilisés (-0,7%), cette augmentation s'explique à la fois par celle de la cotisation de référence (+1,5%) et par le contrecoup d'une régularisation négative enregistrée en 2018 au titre de 2017. D'autre part, les prises en charge de cotisations pour maladie / invalidité / AT-MP ont été une nouvelle fois dynamiques (+3,6%), portées notamment par la hausse de la cotisation de référence (identique à celle appliquée pour les périodes de chômage), et ont contribué pour 0,3 point à l'évolution des dépenses.

Des produits stables en 2019 malgré de nouvelles affectations de recettes

La LFSS pour 2019 a une nouvelle fois modifié la structure des recettes affectées au FSV, dans un souci de rationalisation du partage des recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et de sécurité juridique des prélèvements sur les revenus du capital perçus en France par des personnes non résidentes sur le territoire (cf. encadré 1).

Ainsi, la part du prélèvement social sur les revenus du capital dont bénéficiait le FSV a été rétrocédée à l'Etat (-4,4 Md€), et sa fraction de CSG sur les revenus du capital a été diminuée de 0,7 point (-1,0 Md€). En contrepartie, le fonds devient affectataire d'une fraction de CSG sur les revenus de remplacement jusqu'alors attribuée à la CNAM (+5,3 Md€). L'ensemble de ces réaffectations s'est globalement fait au détriment du FSV, conduisant à une perte de 0,2 Md€.

Par ailleurs, le rendement de la CSG sur les revenus du capital a été nettement supérieur aux attentes : en neutralisant les effets de la diminution de fraction de CSG attribuée au fonds, il a augmenté spontanément de 3,4%. Ce fort dynamisme a concerné les revenus de placement mais aussi les revenus du patrimoine (cf. fiche 1.5).

Au total, en 2019, les produits du FSV sont demeurés au même niveau qu'en 2018, à 17,2 Md€.

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 et 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. Depuis, les comptes du fonds n'ont intégré 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 (et jusqu'en 2019).

Entre 2016 et 2018, 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 supprimé la fraction de taxe sur les salaires du FSV et transféré à la CNAV les contributions sociales autres que celles assises sur le capital, en contrepartie des baisses de dépenses que représente la suppression progressive du financement du MICO, ne laissant au fonds que des recettes assises sur les revenus du capital. Pour contrebalancer 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, la **LFSS pour 2018** a rétrocédé à l'Etat la fraction du prélèvement de solidarité sur le capital dont bénéficiait le fonds jusqu'à maintenant. Enfin, la **LFSS pour 2019** a rétrocédé la totalité des prélèvements (hors CSG) assis sur le capital à l'Etat ; ce transfert est compensé au FSV par une hausse de la fraction de CSG remplacement affectée au fonds.

Tableau 1 • Charges et produits nets du FSV

	2017	2018	%	2019	%
<i>en millions d'euros</i>					
CHARGES NETTES	19 564	18 968	-3,0	18 767	-1,1
TRANSFERTS NETS	19 438	18 812	-3,2	18 615	-1,0
Transferts des régimes de base avec les fonds	19 085	18 473	-3,2	18 293	-1,0
Prises en charge de cotisations	13 492	13 501	0,1	13 728	1,7
Au titre du chômage	11 504	11 464	-0,4	11 618	1,3
Au titre de la maladie	1 751	1 820	4,0	1 886	3,6
Au titre de la formation professionnelle	206	184	-10,6	189	2,3
Au titre des périodes d'apprentissage	0	0	--	0	--
Au titre du service national	31	33	5,7	34	3,6
Prises en charge de prestations	5 593	4 971	-11,1	4 566	-8,2
Au titre du minimum vieillesse	3 079	3 234	5,0	3 599	11,3
Au titre du minimum contributif	2 514	1 737	-30,9	967	-44,3
Autres prises en charge de prestations	0	0	++	0	--
Transferts avec les régimes complémentaires (au titre du chômage)	352	339	-3,6	322	-5,2
AUTRES CHARGES NETTES	126	155	22,9	152	-2,5
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR)	84	87	3,3	62	-28,5
Autres	42	68	++	89	30,8
PRODUITS NETS	16 626	17 216	3,6	17 214	0,0
CONTRIBUTIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	16 626	17 176	3,3	17 211	0,2
CSG brute	10 059	13 048	29,7	17 402	33,4
sur revenus d'activité	-31	-10	--	-4	--
sur revenus de remplacement	2	0	--	4 929	--
sur revenus du capital	10 084	13 055	29,5	12 476	-4,4
sur les revenus du patrimoine	4 675	5 991	28,1	5 715	-4,6
sur les revenus des placements	5 408	7 065	30,6	6 761	-4,3
sur autres revenus, majorations et pénalités	4	3	-37,0	2	-36,8
Contributions sociales diverses	6 788	4 388	-35,4	9	--
Forfait social	2	-1	--	-1	46,0
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	-10	-12	22,0	-2	--
Prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital	6 757	4 399	-34,9	12	--
Prélèvement sur les revenus du patrimoine	3 112	2 029	-34,8	9	--
Prélèvement sur les revenus des placements	3 645	2 371	-35,0	3	--
Autres cotisations et contributions sociales diverses	38	1	--	0	--
Impôts et taxes bruts	14	-8	--	-2	--
C.S.S.S.	-13	-8	-35,8	-2	--
Taxe sur les salaires	0	0	-	0	-
Autres impôts et taxes	27	0	--	0	-
Charges liées au non-recouvrement	-235	-251	--	-197,6	--
AUTRES PRODUITS NETS	0	40	++	2	--
RÉSULTAT NET	-2 938	-1 751	--	-1 553	--

Source : DSS/SDEPF/6A

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 du 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		
	2017	2018	2019
Charges nettes	-3,7	-3,0	-1,1
Prises en charge de cotisations chômage	1,4	-0,2	0,8
Prises en charge de cotisations maladie	0,4	0,4	0,3
Prises en charge de cotisations au titre des stagiaires	-0,1	-0,1	0,0
Transferts régimes complémentaires	0,0	-0,1	-0,1
Prises en charge de prestations au titre du minimum contributif	-4,8	-4,0	-4,1
Prises en charge de prestation au titre du minimum vieillesse	-0,2	0,8	1,9
Autres charges nettes	-0,2	0,2	0,0
Produits nets	-0,3	3,6	0,0
Capital	2,8	3,7	-28,9
<i>dont CSG sur les revenus du capital</i>	2,5	17,9	-3,4
<i>dont prélèvement social et de solidarité sur les revenus du capital</i>	0,3	-14,2	-25,5
CSG sur revenus d'activité, de remplacement et autres	0,9	0,1	28,7
C.S.S.S. (dont contribution additionnelle)	0,1	0,0	0,0
Forfait social	0,0	0,0	0,0
Taxe sur les salaires	-2,0	0,0	0,0
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	-1,5	0,0	0,1
Charges liées au recouvrement	-0,6	-0,1	0,3
Autres produits nets	0,0	-0,1	-0,2

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 3 • Les écarts à la LFSS pour 2020

Le déficit du FSV s'est élevé en 2019 à 1,6 Md€, soit une amélioration de 0,7 Md€ par rapport à la prévision faite en LFSS pour 2020.

Le montant total de charges est proche de celui prévu : il est supérieur de seulement 0,1 Md€. Les prises en charge de cotisations au titre du chômage ont été surestimées de près de 0,2 Md€ lors de la LFSS pour 2020 ; les effectifs de chômeurs comptabilisés pour déterminer le montant du transfert ayant *in fine* diminué (-0,7%) alors qu'il était prévu une légère hausse (+0,2%). Cet écart a toutefois été partiellement compensé par la sous-estimation des prises en charge de prestations versées au titre du minimum vieillesse (-0,1 Md€).

L'amélioration du solde par rapport à la prévision s'explique donc par un surcroît de produits (+0,6 Md€), et plus particulièrement de produits assis sur le capital (+0,7 Md€). En effet, ces derniers ont été dopés par les produits assis sur les revenus de placement et du patrimoine qui ont respectivement connu un rendement supérieur de 0,4 Md€ et de 0,3 Md€ par rapport à la prévision. Le dynamisme des plus-values immobilières a été plus élevé que prévu à la fois en volume et en prix (+0,1 Md€) ; il en est de même pour les contrats d'assurance-vie en unités de compte qui ont été très rémunérateurs (+0,2 Md€). Enfin, l'épargne salariale et les dividendes ont également progressé plus qu'anticipé (+0,1 Md€ chacun). Seuls les produits de CSG assis sur les revenus de remplacement ont été surestimés lors de la LFSS pour 2020 : leur rendement a finalement été moindre de près de -0,2 Md€ par rapport à la prévision.

<i>en milliards d'euros</i>	
FSV	2019
Solde LFSS 2020	-2,3
Ajustements sur les charges	0,1
Prises en charge de cotisations au titre du chômage	0,2
Prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse	-0,1
Autres charges nettes	0,0
Ajustements sur les produits	0,6
CSG sur les revenus de remplacement	-0,2
Autres contributions sociales diverses	0,0
CSG et prélèvements assis sur les revenus du patrimoine	0,3
CSG et prélèvements assis sur les revenus de placement	0,4
Impôts et taxes	0,0
Charges liées au non-recouvrement et autres produits	0,1
Solde actualisé CCSS de juin	-1,6
Ecart à la prévision LFSS	0,7

Source : DSS/SDEPF/6A

4.7 Les comptes de la CNSA

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, cf. encadré 1) a enregistré un excédent de 0,1 Md€ en 2019, à la suite notamment d'une mesure rectificative de la LFSS pour 2020 augmentant la contribution de l'assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social de 130 M€.

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 1^{er} 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 départementaux qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

Depuis 2006, les dépenses médico-sociales de la sécurité sociale¹ sont intégrées dans les comptes de la CNSA via des dotations ONDAM. Chaque année, un objectif global de dépenses (OGD, cf. encadré 2) est fixé par arrêté et délégué à la CNSA : il est financé pour quatre cinquièmes par l'assurance maladie et pour un cinquième par l'apport propre de la CNSA (cf. graphique 2).

La CNSA de nouveau excédentaire en 2019

L'excédent de la CNSA s'établit à 0,1 Md€, ses produits (+2,1%) ayant été légèrement plus dynamiques que ses charges (+1,9%).

Les dépenses de la CNSA sont destinées à 86% aux établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ou âgées, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD, cf. encadré 2), à 11% aux conseils départementaux pour contribuer au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), et à 3% à d'autres usages (cf. graphique 1 et tableau 1).

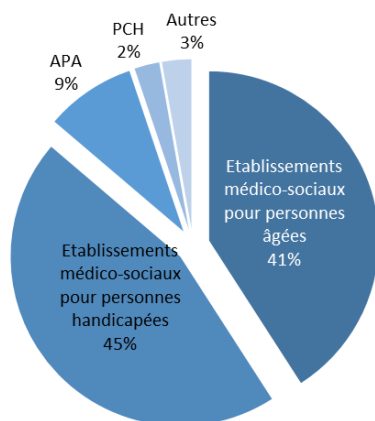
Les charges de la CNSA ont été tirées par les dépenses à destination des établissements médico-sociaux (OGD), qui se sont établies à 22,3 Md€, en hausse de 2,6%. La part financée par l'ONDAM médico-social, à la charge des régimes d'assurance maladie, a représenté 20,9 Md€ (+2,6%, cf. fiche 2.2), dont 130 M€ supplémentaires en application d'une mesure rectificative de la LFSS pour 2020. Le complément, financé par les ressources propres de la CNSA, a atteint 1,4 Md€ (+2,4%). Le dynamisme de l'OGD s'explique principalement :

- par la poursuite de la mise en œuvre de la feuille de route « personnes âgées » qui comprend notamment, comme en 2018, la prise en charge par la CNSA de la compensation des EHPAD qui voient leurs ressources se réduire du fait de la réforme de leur financement par les départements (en charge du financement de la section « dépendance » des EHPAD) ;
- par l'accélération de la montée en charge de la réforme du financement à la charge de la CNSA et de l'assurance maladie (en charge du financement de la section « soins » des EHPAD) : initialement programmée sur 7 ans par la loi ASV (jusqu'en 2023), le calendrier de montée en charge a été ramené à 5 ans (jusqu'en 2021), entraînant un surcoût d'environ 0,1 Md€ dès 2019.

Les concours aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont accusé une baisse de 6,5%, en raison d'une régularisation d'un trop versé aux départements en 2018. Les plans d'aide à l'investissement (PAI) sont repartis à la hausse (+2,6%) après la baisse de 2018 (fin de l'effet du transfert d'une partie des PAI aux ARS), alors que les actions de prévention de la perte d'autonomie via les conférences des financeurs ont fortement augmenté (+22,2%), contribuant au rattrapage des retards initiaux de mise en œuvre et reprenant une montée en charge rapide.

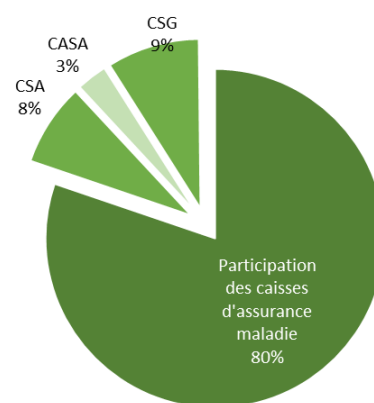
¹ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

Graphique 1 • Répartition des charges nettes de la CNSA en 2019



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Répartition des produits nets de la CNSA en 2019



Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 2 • Objectif global de dépenses et financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées ou 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 des éléments suivants :

- 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 ;
- une fraction : des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie, des prélèvements sur le capital (jusqu'en 2018), de la contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA) et de la CSG (à partir de 2019, en remplacement de la fraction du prélèvement sur les revenus du capital) ;
- le cas échéant, une part des réserves de la CNSA mobilisées pour couvrir une partie des dépenses de l'OGD.

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 produits nets de la CNSA ont augmenté de 2,1% en 2019, après 2,5% en 2018. Cette progression est portée intégralement par l'augmentation de la dotation ONDAM (+2,6%).

Les autres ressources de la CNSA ont baissé de 0,2%, dans un contexte de modification importante des recettes affectées à la caisse, décidée en LFSS pour 2019. Ainsi, dans le cadre de la rationalisation des relations entre l'Etat et la sécurité sociale, l'intégralité du prélèvement social sur le capital (ainsi que la contribution additionnelle due sur ces revenus) est rétrocédée à l'Etat (2,4 Md€). En contrepartie, une fraction de la CSG sur les revenus d'activité a été allouée à la CNSA, en provenance de la CNAM (2,3 Md€). Le solde de ces opérations s'avère légèrement négatif pour la CNSA (-0,1 Md€), compte tenu d'une évolution des revenus du capital plus dynamique que prévu lors de la LFSS pour 2019.

Enfin, les recettes de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), assises sur les revenus de remplacement, ont baissé de 1,2%, reflétant notamment l'effet de la revalorisation des pensions limitée à 0,3% par la LFSS pour 2019.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNSA

en millions d'euros						
	2017	%	2018	%	2019	%
CHARGES	24 999	10,4	25 416	1,7	25 901	1,9
PRESTATIONS SOCIALES	286	5,9	274	-4,1	360	31,4
Subventions d'investissement	138	14,9	125	-9,6	128	2,6
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	90	-21,5	75	-16,3	71	-6,0
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	49	++	50	2,8	58	15,5
Subventions fonctionnement / Dépenses d'animation, prévention et études	147	-1,3	149	1,0	232	++
Aide aux aidants	3	24,5	3	-5,3	2	-16,0
Financement des SAAD					49	
Actions de la prévention de la perte d'autonomie (au travers de la conférence des financeurs)	111	-15,2	111	0,3	136	22,2
Habitat inclusif					15	
Dépenses d'animation, prévention et études	34	++	35	3,9	30	-14,5
TRANSFERTS	24 677	10,4	25 099	1,7	25 496	1,6
Transferts entres organismes de sécurité sociale	21 299	10,4	21 768	2,2	22 336	2,6
Prise en charge de prestations par la CNSA (OGD)	21 299	10,4	21 768	2,2	22 336	2,6
OGD - Personnes âgées	10 013	2,9	10 259	2,4	10 592	3,3
Financement CNSA	964	-1,8	1 009	4,7	1 014	0,5
Financement ONDAM	9 050	3,4	9 250	2,2	9 578	3,5
OGD - Personnes handicapées	11 285	18,1	11 510	2,0	11 744	2,0
Financement CNSA	335	-17,0	360	7,2	387	7,6
Financement ONDAM	10 950	19,7	11 150	1,8	11 357	1,9
Subventions aux fonds et organismes	3 378	10,5	3 331	-1,4	3 160	-5,1
Participation aux dépenses du FIR	127	10,7	131	3,1	137	4,1
MAIA	95	11,1	95	0,9	96	1,0
GEM	33	9,7	36	9,4	41	12,5
Concours versés aux départements	3 151	13,2	3 136	-0,5	2 998	-4,4
APA	2 264	5,9	2 381	5,1	2 226	-6,5
PCH	590	5,4	605	2,6	615	1,7
MDPH	142	++	146	2,7	152	4,3
Autres (Fonds de compensation du handicap, Fonds de soutien aux départements en difficulté, fonds d'appui au RSA)	155	++	5	--	5	0,0
Autres subventions	99	-37,3	64	-35,9	26	--
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile, Fonds d'aide aux bonnes pratiques	57,1	--	-3	--	0	--
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation / emplois d'avenir	17	--	61	++	12	--
Autres (ATIH, ANAP, ANESM, ANAH)	25	4,2	6	--	14	++
CHARGES DE GESTION COURANTE	37	-7,8	43	15,7	44	4,2
PRODUITS	24 879	10,3	25 489	2,5	26 013	2,1
Cotisation, impôts et produits affectés	4 878	4,9	5 089	4,3	5 077	-0,2
CSA brute	2 372	3,4	2 451	3,3	2 049	-16,4
CSA assise sur revenus d'activité	1 977	3,0	2 024	2,3	2 049	1,2
CSA assise sur revenus du capital	394	5,6	427	8,3	0	--
CASA Brute	744	0,2	771	3,7	762	-1,2
CSG brute	0	--	0	--	2 301	--
Prélèvement social sur les revenus du capital	1 820	26,2	1 944	6,8	8	--
Charges nettes liées au non recouvrement	-58	++	-77	33,8	-43	-44,0
TRANSFERTS	20 000	11,7	20 400	2,0	20 935	2,6
Dotation ONDAM	20 000	11,7	20 400	2,0	20 935	2,6
Autres produits	0	--	1	++	1	++
RESULTAT NET	-121		73		113	
Charges consolidées de l'ONDAM médico-social	4 999	5,2	5 016	0,3	4 966	-1,0
Produits consolidés de l'ONDAM médico-social	4 879	4,7	5 089	4,3	5 078	-0,2
RESULTAT NET	-121		73		113	

Source: 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).

En 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 (y compris 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 le régime des exploitants agricoles et les régimes de retraite des professionnels libéraux) ;
- le régime d'indemnisation du chômage ;
- les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (Agirc-Arrco notamment).

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 désormais *via* la tarification à l'activité (T2A), et leurs groupements 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

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), telle qu'établie dans la comptabilité d'entreprise. Ainsi, pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont 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 du fait générateur (date de soins ou création de droits). 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-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 hiérarchie entre sous-secteurs. Ces corrections, qui n'ont pas d'impact sur la capacité de financement des administrations

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.

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 qu'il 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			
	2016	2017	2018	2019
Résultat des organismes du régime général et du FSV	-7,8	-5,1	-1,2	-1,9
Dotations et reprises sur provisions	-0,3	0,3	0,1	0,0
Opérations en capital	-0,6	-0,6	-0,6	-0,7
Autres Corrections de synthèse (1)	-0,4	-1,6	0,3	-0,6
Traitement de la soulte IEG de 2005 (2)	0,4	0,5	-0,1	0,7
Annulation recette caisse congé du BTP suite au décalage de la période de versement (3)	-0,5	-0,2	0,0	0,0
Autres Corrections de droits constatés (4)	0,3	0,5	0,0	-0,3
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT du Régime Général et du FSV	-9,0	-6,2	-1,6	-2,7
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des autres régimes	7,4	11,7	12,8	16,9
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ODASS	-0,5	-0,5	0,4	-0,2
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ASSO	-2,2	4,9	11,7	14,0

Source : DGFIP/CE1C

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 priorité 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 créances 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 -21,9 Md€ fin 2019

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -21,9 Md€ au 31 décembre 2019, contre -17,7 Md€ au 31 décembre 2018. Le niveau de la trésorerie s'est ainsi dégradé de 4,2 Md€ sur l'année 2019, un montant correspondant à l'écart entre les encaissements et les décaissements (respectivement de 532,0 Md€ et 536,2 Md€).

La LFSS 2019 a reconduit en 2019 le plafond d'emprunt de l'année 2018, à 38,0 Md€, prenant en compte l'absence de reprise de déficits cumulés par la CADES. Cette limite a été respectée puisque le 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, a atteint -33,1 Md€ en octobre 2019.

Le résultat de la gestion de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à 119,9 M€ en 2019

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 usuellement à la différence entre les charges d'intérêt supportées sur les emprunts et les produits financiers retirés de certaines disponibilités ponctuelles de trésorerie est cette année encore largement positif, atteignant 119,9 M€ en 2019, contre 118,9 M€ en 2018 et 125,9 M€ en 2017 (cf. tableau 1), du fait de charges d'intérêt globalement négatives depuis plusieurs années.

Les taux de court et moyen terme 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 2019. Ces taux moyens, ainsi que la bonne qualité de la signature de l'agence, lui ont permis de se financer à des taux globalement négatifs sur l'année : le taux moyen de financement s'est établi à -0,630% en 2019, contre -0,650% en 2018, en-dessous de la moyenne constatée du taux EONIA au cours de l'année (-0,392% en 2019 et -0,363% en 2018). 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 créances négociables (*negotiable european commercial papers* –NeuCP– et *euro commercial papers* –ECP) ont apporté 140,8 M€ de produits financiers (141,3 M€ en 2018), pour un montant de charges financières de 20,9 M€. Le financement sur l'année 2019 a accordé une large place aux instruments de marché (94 % du financement total), plus intéressants en raison de l'abondance de liquidités, ce qui a permis de tirer le meilleur parti du bas niveau des taux d'intérêt. À ces opérations, il convient de rajouter les produits (0,3 M€) et charges d'intérêts (0,3 M€) issus des relations des tiers (principalement le recouvrement pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 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, Caisse nationale des industries électriques et gazières) 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 ainsi représenté 4 % du financement en 2019, comme en 2018.

Enfin, comme en 2018, l'agence a maintenu une part de financement par la 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

M€	2017	2018	2019
CHARGES FINANCIERES	17,1	22,4	20,9
Caisse des dépôts et consignations ou Banque de France	16,2	21,8	20,5
Prêt de moyen terme	–	–	–
Avances J-1/J et J/J (commission d'engagement)	2,0	2,0	2,0
Pénalités	0,2	0,0	0,0
Intérêts sur soldes créditeurs (comptes CDC et Banque de France)	14,0	19,8	18,5
Titres de créances négociables	0,8	0,3	0,1
NeuCP	–	–	–
Euro Commercial Paper (ECP)	–	–	–
Autres (appels de marge ECP, coupons pensions livrées, swap de taux, etc)	0,8	0,3	0,1
Charges des intérêts avec les tiers	0,2	0,3	0,3
PRODUITS FINANCIERS	143,1	141,3	140,8
Rémunération comptes CDC	–	–	–
Rémunération compte Banque de France	–	–	–
Autres (pensions livrées, appels de marge ECP, intérêts relations avec tiers)	0,5	0,4	0,4
Intérêts créditeurs sur NeuCP	26,6	20,7	28,3
Intérêts créditeurs sur ECP	115,6	120,0	111,7
Produits financiers avec les tiers	0,3	0,2	0,3
Intérêts sur swaps de taux	–	–	–
RESULTAT NET	125,9	118,9	119,9

Source : données comptables ACOSS

Tableau 2 • Produits financiers nets de l'ACOSS pour chaque trimestre 2019

	T1	T2	T3	T4
Produits financiers nets	18,2 M€	29,5 M€	36 M€	29,6 M€
Mobilisation moyenne	27,09 Md€	28,93 Md€	25,59 Md€	27,90 Md€
Taux EONIA moyen	-0,37%	-0,37%	-0,38%	-0,46%

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, CNDSS, CNIEGI) et sur la souscription de billets de trésorerie par des acteurs de la sphère sociale dont les ressources ne sont pas centralisées à l'agence (CADES, CAMIEG), ou publique (AFT) qui représentent des montants annuels de plusieurs milliards d'euros en moyenne. Ces souscriptions se positionnent notamment en début d'année, et permettent également à ces 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 quinquennale renouvelée en décembre 2018 pour la période 2019-2023. 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 2019 ;
- 2) des prêts de court terme (dits « prêts tuiles », de six jours ouvrés) 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 2019

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). Après répartition aux branches, le résultat financier de l'ACOSS doit être nul.

Avant répartition des produits et charges financiers entre les branches fondées sur les soldes moyens des branches, le résultat financier net des quatre branches du régime général s'est établi à 125 M€ en 2019, contre 133 M€ en 2018. Le tableau 3 présente la répartition de ces produits et charges après application des dispositions réglementaires déterminant les modalités de répartition.

En conséquence du financement à taux négatifs et de son solde moyen annuel très dégradé (-19 452 M€), la branche maladie a bénéficié en 2019 de l'essentiel des produits financiers nets (120,6 M€).

La branche vieillesse enregistre également des produits financiers au titre de la gestion de sa trésorerie et se voit attribuer 28,5 M€ de produits (26 M€ en 2018). Les branches famille et AT-MP enregistrent chacune une charge (respectivement de 10,5 M€ et 18,6 M€), en conséquence de soldes de trésorerie positifs en moyenne sur l'année.

L'épidémie de Covid-19 accroît dans une ampleur inédite le besoin de financement de l'ACOSS en 2020 qui pourrait atteindre 90 Md€, hors reprise de dette

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, la situation financière de l'ACOSS s'est modifiée de façon brutale et massive à compter de mi-mars 2020, sous l'effet des reports massifs de paiement des cotisations et contributions sociales, de la dégradation de la masse salariale – principale assiette des cotisations et contributions perçues – notamment du fait de l'activité partielle – ainsi que de la hausse des dépenses liées à la crise sanitaire. Le besoin de financement moyen de l'ACOSS en 2020 serait en très forte hausse et atteindrait des niveaux inédits. Sur la base des données disponibles le 19 mai 2020, ce niveau serait en moyenne de 62,0 Md€ mobilisés par jour contre 27,4 Md€ en 2019, avec un point bas brut prévisionnel en décembre à -90,6 Md€. Largement supérieur au montant maximal fixé en LFSS (39,0 Md€), ce point bas serait toutefois inférieur au nouveau plafond d'emprunt de l'ACOSS de 95 Md€ tel qu'il résulte des deux relèvements successifs par décret en Conseil des ministres du 25 mars puis du 20 mai 2020. Les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie déposés au Parlement le 25 mai prévoient de transférer dès 2020 une partie de la dette accumulée du fait de la crise et antérieurement, ce qui devrait réduire le besoin de financement de l'ACOSS d'ici la fin de l'année¹.

Pour faire face à ces besoins croissants, l'ACOSS a bénéficié à la fois d'un apport financier de la Caisse des dépôts et Consignations pour 17,3 Md€ au 19 mai et 15 Md€ d'autres établissements financiers. A cette même date les émissions de marché s'élevaient à 34,8 Md€. En 2020, le résultat financier de l'ACOSS pourrait rester positif mais moins important que les années précédentes du fait de la part plus importante des apports bancaires.

¹ Pour plus de détail, voir la fiche de synthèse sur l'impact de la crise sanitaire sur la situation de la trésorerie de la sécurité sociale

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 2019, le taux a été fixé à -0,6297 %, après -0,6504 % en 2018.

L'écart entre le montant des charges financières ACOSS et la somme des charges financières ainsi calculées pour les quatre branches (5,4 M€ en 2019) 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, 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

En millions d'euros

PRODUITS D'INTERETS DES BRANCHES	2 017	2 018	2 019
CNAM Maladie	105,5	116,3	120,6
CNAM AT-MP	-6,8	-14,6	-18,6
CNAF	-2,1	-8,4	-10,5
CNAV	29,3	25,6	28,5
Total	125,9	118,9	119,9

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 généralement le résultat du régime général (cf. graphique 1). En 2018 toutefois, le résultat en droits constatés du régime général (+0,5 Md€) a différé de 5,2 Md€ de la variation de trésorerie sur le compte Acoss (+5,7 Md€).

En 2019, le résultat comptable est de -0,4 Md€, et la variation de trésorerie de -4,2 Md€, soit une différence de 3,8 Md€. Plusieurs facteurs expliquent cet écart. En premier lieu, les champs sont différents car l'Acoss effectue des opérations pour le compte de tiers. Ainsi la variation de trésorerie du seul régime général s'établit à -3,2 Md€. 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 contribue à une dégradation de la trésorerie globale pour -1,0 Md€ en 2019. Cet écart se décompose en deux parties :

- D'une part les URSSAF recouvrent des recettes pour des tiers (Unedic, FSV, CADES, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de leur comptabilité ; en 2019, l'écart entre les encaissements et les versements pour compte de tiers s'élèverait à -0,9 Md€, s'expliquant principalement par un versement à l'Unedic de 1,5 Md€ en janvier 2019 au titre de 2018.
- 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 (prime d'activité, RSA, allocations logement, aide médicale d'Etat, AAH, fonds CMU...). En 2019, les caisses ont reversé 60 M€ de plus que les remboursements reçus au titre de ces diverses prestations.

L'écart entre la variation de trésorerie du régime général (-3,2 Md€) et le résultat en droits constatés (-0,4 Md€), soit -2,8 Md€, s'explique ensuite par différents éléments (cf. tableau 1) :

- comme les années précédentes, le FSV contribue fortement à augmenter le déficit de trésorerie (2,9 Md€) 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 ;
- les crédits affectés en 2019 par l'État au titre de la compensation des exonérations (mesures emploi et heures supplémentaires) sont supérieurs de 0,2 Md€ aux pertes de recettes du régime général ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie dégradent la trésorerie de 0,9 Md€ en 2019 après l'avoir améliorée de 3,7 Md€ en 2018. D'abord, les décalages d'exercices pour des opérations effectuées au siège de l'ACOSS dégradent la trésorerie de 3,5 Md€. Cet écart est principalement dû à la part de TVA affectée à la branche maladie en compensation de la transformation du CICE en suppression de cotisations maladie et de l'affectation d'une part de CSG activité à l'Unedic au détriment de la branche maladie (avec effet en trésorerie à partir de février 2019). Ensuite, en sens inverse, les encaissements dans les URSSAF de janvier 2020 sont inférieurs de 2,0 Md€ à ceux de janvier 2019, en raison des changements de taux de cotisations et de CSG, cet effet dégrade le solde comptable en droits constatés. Enfin, les décalages liés aux prestations familiales et aux pensions de retraites (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) jouent pour 0,6 Md€ en amélioration de la trésorerie, dont 0,3 Md€ de prélèvement à la source reversé à l'État ;
- l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds (FMESPP, FCAATA...) 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 2019 les versements sont inférieurs de 1,1 Md€ aux dotations ;

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€. Aucune reprise de dette n'a été effectuée depuis 2016.

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.

- les « autres éléments » regroupent notamment des opérations non prises en compte dans les décalages temporels, lesquels 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.

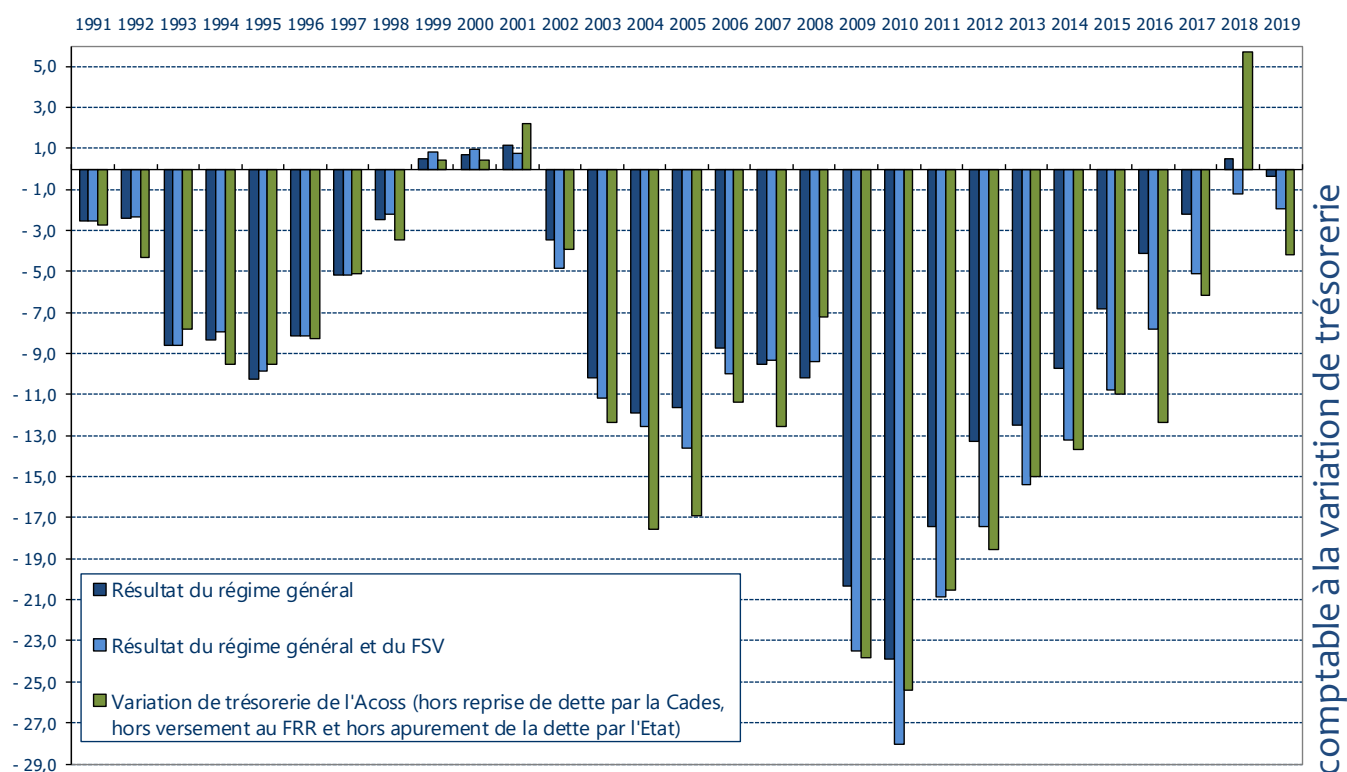
Tableau 1 ● Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2016 à 2019

		en milliards d'euros			
		2016	2017	2018	2019
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-4,1	-0,1	0,5	-0,4
Corrections	(2)	-6,6	-3,5	2,3	-2,8
Insuffisance FSV		-3,0	-2,9	-1,8	-2,9
Remboursement exonérations (Etat)		-0,1	-0,1	-0,2	0,2
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-3,4	-0,6	3,7	-0,9
Décalage sur les participations à certains fonds		0,2	0,1	0,4	1,1
Produit exceptionnel		-0,7			
Autres éléments		0,4	-0,1	0,2	-0,3
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-10,8	-5,7	2,9	-3,2
Variation de trésorerie pour des tiers (*)	(4)	-1,7	-0,4	2,9	-1,0
Variation de trésorerie de l'AcoSS yc. apurement dette Etat et hors reprise de dette Cades	(5)=(3)+(4)	-12,4	-6,1	5,7	-4,2
Reprise de dette de la Cades	(6)	23,6	0,0	0,0	0,0
Variation de trésorerie de l'AcoSS yc. apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	11,2	-6,1	5,7	-4,2

(*) yc remboursements de prestations Etat

Source : AcoSS.

Graphique 1 ● Solde du régime général et variation de trésorerie



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 en ont versé 69,5 Md€ et reçu 56,8 Md€ en 2019 (cf. tableau 1). Cette fiche vise à dresser un panorama de ces flux financiers et à analyser leur évolution.

La suppression du régime social des indépendants (RSI) au 1^{er} janvier 2018 conduit à supprimer les transferts versés par le régime général à l'ex RSI. La présente fiche neutralise ce changement de périmètre en présentant des comptes 2017 pro forma qui neutralisent les transferts de compensation démographique et d'équilibrage versés notamment par la CNAV au RSI (3,0 Md€ en 2017).

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 (8,5 Md€) ou de cotisations (22,4 Md€, cf. tableau 2). S'agissant des prestations vieillesse, le FSV prend en charge le coût du minimum vieillesse et, jusqu'en 2019, d'une partie du minimum contributif (MICO), et la CNAF le coût des majorations de pensions pour enfants. Les prises en charge de cotisations sont principalement le fait du FSV qui finance des cotisations vieillesse au titre du chômage et des arrêts de travail, ces périodes générant des droits à la retraite. De la même manière, la CNAF verse des cotisations au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et au titre de la PAJE. Enfin, l'assurance maladie finance une partie des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM).

Ces transferts internes diminuent depuis 2017 du fait de la baisse progressive de la prise en charge du minimum contributif décidée en LFSS pour 2017 (cf. fiche 4.6). Ils sont toutefois demeurés quasi-stables en 2019 (-0,2% après -2,1% en 2018) : le dynamisme des prises en charge des cotisations des PAM et au titre du chômage ainsi que la prise en charge des prestations au titre du minimum vieillesse ont en effet neutralisé la baisse de la prise en charge du MICO.

Le régime général et le FSV versent plus de transferts qu'ils n'en reçoivent

En 2019, le coût net des transferts pour le régime général et le FSV est de 12,7 Md€ (cf. tableau 1).

Si le montant total des transferts versés est de 69,5 Md€, leur niveau consolidé, une fois neutralisés les transferts internes, s'est élevé à 16,7 Md€. Les transferts versés aux régimes de base se sont élevés à 8,9 Md€. Ce montant englobe les transferts d'intégration financière des autres régimes (0,9 Md€) et la contribution de la CNAV au mécanisme de compensation démographique (3,7 Md€), mais également d'autres transferts vers les régimes de base (prise en charge de prestations de la CNAF et du FSV, transferts découlant de l'adossment de la CNIEG...). Ces transferts ont nettement progressé (+7,9% par rapport à 2018) du fait de la forte hausse de la charge de compensation démographique (+12%) et du transfert net versé à la CNRACL dans le cadre des validations de service auxiliaire (cf. fiche 4.4).

Les transferts vers les fonds (27,4 Md€) sont essentiellement constitués du transfert à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social (20,9 Md€). Ce dernier contribue à hauteur de 2 points à l'évolution globale des transferts vers les fonds (+3,4% en 2018). Le reste de la progression s'explique par la hausse de la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, +0,2 Md€, cf. fiche 4.2).

Les transferts reçus consolidés se sont établis à 4,0 Md€, soit une nette augmentation (+7,8%) par rapport à 2018. L'Acoss a en effet perçu des recettes fiscales supérieures au niveau nécessaire à la compensation à l'Unédic et l'Agirc-Arrco de leurs pertes consécutives à l'élargissement des allègements généraux au 1^{er} janvier 2019 ; une partie de ce supplément de recettes (0,2 Md€) a été reversée au régime général.

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 10,4 Md€ en 2019) mais surtout du FSV (17,0 Md€) via les prises en charge de prestations et de cotisations.

¹ Ces flux financiers internes au régime général et au FSV sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général et du FSV (cf. fiche 4.1).

Tableau 1 • Ensemble des transferts du régime général et du FSV (M€)

	2017	2018	%	2019	%
Transferts internes au régime général et au FSV	32 644	31 968	-2,1	31 880	-0,3
Transferts versés aux autres régimes de base	8 096	8 285	2,3	8 971	8,3
Transferts vers les fonds (hors FSV)	25 476	26 534	4,2	27 441	3,4
<i>dont ONDAM médico-social</i>	19 996	20 397	2,0	20 932	2,6
<i>dont fonds intégrés à l'ONDAM (FIR, FMESPP)</i>	4 103	4 647	13,3	5 142	10,7
<i>dont prise en charge au titre de la Paje</i>	1 072	1 005	-6,2	995	-1,0
<i>dont autres (FIVA, CMU, etc.)</i>	306	485	58,6	372	-23,3
Autres transferts versés	1 083	1 183	9,2	1 244	5,2
Transferts versés par le régime général et le FSV	67 300	67 969	1,0	69 537	2,3
Total des transferts versés consolidés	14 660	15 604	6,4	16 724	7,2
Transferts internes au régime général et au FSV	32 644	31 968	-2,1	31 880	-0,3
Transferts reçus des autres régimes de base	2 188	2 222	1,5	2 309	3,9
Transferts reçus des fonds (hors FSV)	21 319	21 765	2,1	22 333	2,6
<i>dont objectif global de dépenses (OGD)</i>	21 295	21 765	2,2	22 333	2,6
<i>dont autres</i>	24	0	--	0	--
Autres transferts reçus	215	81	-62,6	245	204,2
Transferts reçus par le régime général et le FSV	56 367	56 035	-0,6	56 767	1,3
Total des transferts reçus consolidés	3 727	3 670	-1,5	3 955	7,8
SOLDE DES TRANSFERTS CONSOLIDÉS	-10 933	-11 934		-12 769	

Source : DSS/SDEPF/6A

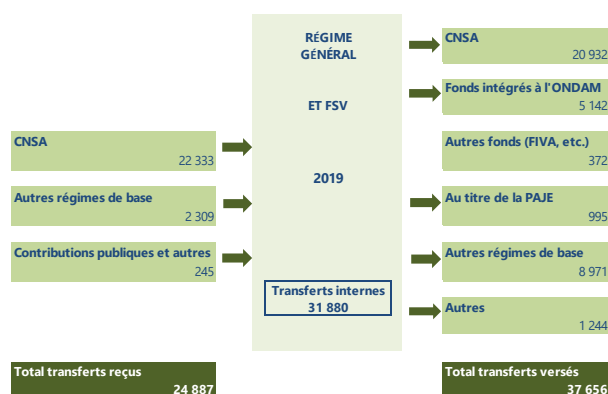
Note : le total des transferts consolidés exclut les transferts internes mais également le transfert à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social. Ainsi le total des transferts consolidés versé est dans ce tableau inférieur à celui figurant dans le graphique 1.

Tableau 2 • Transferts internes au régime général et au FSV

	Emetteur	Recepteur	2017	2018	%	2019	%	Structure 2019
TRANSFERTS INTERNES AU RÉGIME GÉNÉRAL ET AU FSV			32 644	31 968	-2,1	31 880	-0,3	100%
Prises en charge de cotisations			22 361	22 166	-0,9	22 399	1,0	70%
Au titre du chômage	FSV	CNAV	11 327	11 234	-0,8	11 321	0,8	36%
Au titre de la maladie	FSV	CNAV	1 685	1 753	4,0	1 816	3,6	6%
Au titre des stagiaires, apprentis et du service national	FSV	CNAV	233	213	-8,9	218	2,7	1%
Au titre de l'AVPF	CNAF	CNAV	5 092	5 006	-1,7	4 992	-0,3	16%
Au titre des PAM	CNAM	CNAM et CNAF	1 623	1 520	-6,3	1 602	5,4	5%
Au titre de la PAJE (y compris CSG)	CNAF	RG+FSV	2 322	2 370	2,0	2 386	0,7	7%
Au titre des préretraites pour amiante	CNAM-AT	CNAV	78	70	-10,8	63	-9,8	0%
Prises en charge de prestations			9 283	8 801	-5,2	8 482	-3,6	27%
Au titre du Mico	FSV	CNAV	2 301	1 594	-30,7	889	-44,3	3%
Au titre du minimum vieillesse	FSV	CNAV	2 325	2 460	5,8	2 781	13,0	9%
Au titre des conjoints à charge et départs dérogatoires trois enfants	FSV	CNAV		--				0%
Au titre des majorations de pensions	CNAF	CNAV	4 229	4 324	2,2	4 398	1,7	14%
Au titre du congé paternité	CNAF	CNAM	235	236	0,3	241	2,0	1%
Prises en charge de départs dérogatoires en retraite	CNAM-AT	CNAV	192	186	-2,9	173	-7,1	1%
Autres transferts internes			1 000	1 000	0,0	1 000	0,0	3%
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	CNAM-AT	CNAM	1 000	1 000	0,0	1 000	0,0	3%

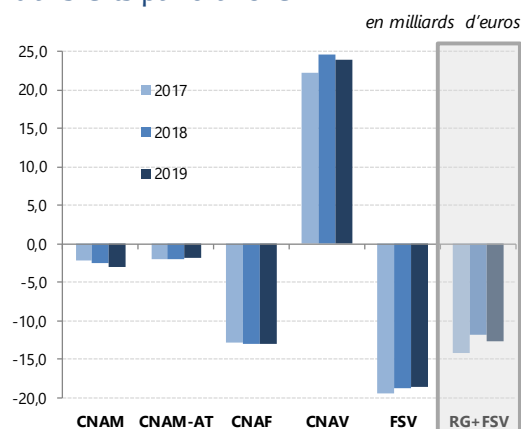
Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 • Vue synthétique des transferts du régime général et du FSV en 2019 (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 affectées, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi. En application de l'article 4 *bis* de cette ordonnance introduit par la loi organique du 2 août 2005, et auquel le Conseil constitutionnel a reconnu une valeur organique, 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. Contraint par les textes à ne pas dépasser 2025, l'horizon d'amortissement de la dette transférée jusqu'à aujourd'hui reste estimé par la caisse à fin 2024. Toutefois, la probabilité que la dette ne soit pas amortie en totalité cette année-là est d'environ 40 %, notamment du fait de l'impact de la crise sanitaire sur les prélèvements obligatoires affectés à la CADES.

Depuis 2017, la gestion opérationnelle de la CADES est confiée à l'Agence France Trésor. Ce rapprochement a permis de gagner en efficience 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 distincte de la dette de l'État.

L'horizon d'apurement de la dette actuellement portée par la CADES reste 2024, mais devient plus incertain

Les simulations réalisées depuis 2012 et jusqu'à ce jour par la CADES estiment que l'intégralité de la dette transférée à la CADES 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. Cet horizon de 2024 est néanmoins devenu plus incertain du fait notamment de la baisse prévisible de rendement des prélèvements obligatoires affectés à la CADES en 2020 du fait de la crise sanitaire. La probabilité que l'apurement de la dette jusqu'ici transférée dépasse 2024 est désormais estimée à 40 %.

Au 31 décembre 2019, la CADES a amorti 171,4 Md€ de dette sociale cumulée

En l'absence de reprise de dettes et compte tenu des ressources mises à sa disposition cette année-là (18,3 Md€), la CADES a amorti 16,3 Md€ de dettes en 2019, un montant légèrement supérieur à l'objectif fixé dans la partie rectificative de la LFSS pour 2020 (16 Md€). Le montant total de la dette amortie au 31 décembre 2019 est ainsi porté à 171,4 Md€. Fin 2019, le montant de dette restant à rembourser s'élevait à 89,1 Md€ (soit 34 % de la dette reprise).

Fin 2020, la CADES devrait avoir amorti 187,4 Md€

À la fin de l'année 2020, la caisse devrait avoir amorti près de 16,0 Md€. Cette prévision d'amortissement est inférieure à l'objectif fixé en LFSS pour 2020 (16,7 Md€) et s'explique principalement par les impacts de la crise sanitaire sur les recettes affectées à la sécurité sociale (-1 Md€), néanmoins atténués par l'amortissement légèrement plus élevé qu'anticipé pour 2019 (+0,3 Md€). Le total de la dette amortie par la caisse à cette date devrait donc être de 187,4 Md€, soit près de 71,9 % des 260,5 Md€ dette déjà reprise.

Les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie en cours de discussion au Parlement prévoient un allongement de la durée de vie de la CADES jusqu'à 2033 et le transfert d'un montant de 136 Md€ de dette à la CADES. Celui-ci sera réalisé en plusieurs tranches, dont la première devrait s'établir à environ 20 Md€ d'ici la fin de l'année 2020.

La réalisation du programme de financement en 2019

La fin de l'année 2018 a été marquée par la montée de tensions géopolitiques et économiques orientant les taux d'intérêt à la hausse. En 2019, les marchés financiers ont recouvré la phase baissière de l'année précédente en quelques mois et largement poursuivi leur hausse au-delà. L'année 2019 a ainsi été l'une des meilleures années des deux dernières décennies avec, par exemple, un gain de 26,46 % pour le CAC 40. Ce dernier a franchi temporairement le seuil symbolique des 6 000 points en décembre en séance, niveau qui n'avait été dépassé qu'en pleine bulle Internet en 2000 et à la veille de la crise des « subprimes » en 2007.

La Réserve fédérale américaine a baissé trois fois ses taux directeurs en 2019, ce qui a constitué un revirement face à la montée des incertitudes économiques après quatre hausses de taux en 2018 et les deux hausses supplémentaires qui avaient été anticipées pour 2019. La Banque centrale européenne a baissé de 10 points de base le taux des dépôts en septembre après avoir tenu un discours très accommodant tout au long de l'année.

En 2019, la CADES a emprunté 3 Md€ sous le programme de droit français en euros.

Enfin, la CADES a remboursé 19,06 Md€ à l'échéance dont quatorze emprunts souscrits sous le programme de droit français (douze en euros, un en livre sterling et un en dollars pour un montant de 13,28 Md€) ainsi que deux emprunts souscrits sous le programme de droit anglais en dollars pour un montant de 5,78 Md€.

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.

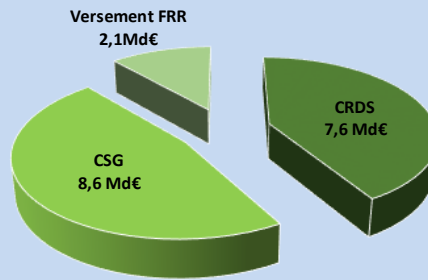
La reprise de dette votée en LFSS pour 2011 s'est également accompagnée d'une affectation à la CADES de recettes nouvelles permettant, conformément à la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, de ne pas prolonger de plus de quatre années l'horizon prévisionnel d'amortissement 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 18,3 Md€ pour l'année 2019, devraient atteindre 17,6 Md€ en 2020.

Ressources de la CADES en 2019



La politique d'émission de la CADES en 2020

Au début de l'année 2019, les acteurs de marché craignaient un ralentissement de l'activité mais le cycle économique et financier n'a pas connu de heurts majeurs même si des épisodes ont pu faire naître des interrogations et des mouvements de volatilité dus à des craintes sur les conséquences que pourraient avoir les tensions commerciales entre la Chine et les États-Unis. L'année 2019 s'est conclue sur la promesse d'un accord ou d'une trêve. Les perspectives d'un accord se sont conjuguées à celle d'une sortie de l'Union européenne du Royaume-Uni relativement « ordonnée » au plan économique. Sur les marchés des taux, les investisseurs ont retrouvé un fort appétit pour le risque, cet optimisme se traduisant par une remontée des rendements sur les trois derniers mois de l'année.

La crise financière induite par l'évolution de la situation sanitaire a affecté les marchés monétaires et vu la suspension provisoire des émissions de papiers commerciaux et de billets de trésorerie. Néanmoins les opérations de la CADES ont pu retrouver leur niveau normal une fois les systèmes testés et les processus sécurisés. Les émissions de titres à court terme ont repris depuis la mi-avril (12 Md€ émis depuis) et le programme de financement à moyen et long terme pour 2020 s'est réalisé tel qu'annoncé en décembre 2019 avec un emprunt de 3 Md\$ à trois ans le 12 mai. En 2020, la caisse devra couvrir le refinancement de 20,3 Md€ de tombées de titres de moyen et long terme¹, 2 Md€ de paiement de taux d'intérêt ainsi qu'une trésorerie de 3,0 Md€ au 31 décembre 2019.

Les ressources nettes de la caisse pour 2020 s'élèveraient quant à elles à 17,6 Md€ et se décomposeraient ainsi :

- la CRDS au taux de 0,5 % pour un montant net prévisionnel de 7,2 Md€ ;
- la CSG au taux de 0,6 % pour un montant net prévisionnel de 8,2 Md€ ;
- le versement annuel du FRR d'un montant de 2,1 Md€.

Compte tenu du niveau de trésorerie de la CADES au 31 décembre 2019 (3,1 Md€), le besoin de financement 2020 de la caisse est de l'ordre de 4 Md€. Le programme de financement devra couvrir des échéances de 20,3 Md€ d'emprunts à moyen et long termes auxquelles s'ajoutent l'échéance des encours à court terme et le paiement des intérêts. En l'absence de reprise de dette en 2020, le programme de financement global serait réparti ainsi : 3 Md€ d'émissions à moyen et long terme complétées d'un encours cible de 1 Md€ d'émission à court terme.

L'objectif d'amortissement pour 2020 a été fixé par la LFSS pour 2020 à 16,7 Md€.

En outre, de nouvelles émissions seront à prévoir afin de faire face à la première tranche de transfert de déficits en 2020 conformément aux dispositions du projet de loi actuellement en cours d'examen au Parlement.

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) ;

¹ Ces titres seront arrivés à échéance dans le courant de l'année 2019.

- 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).

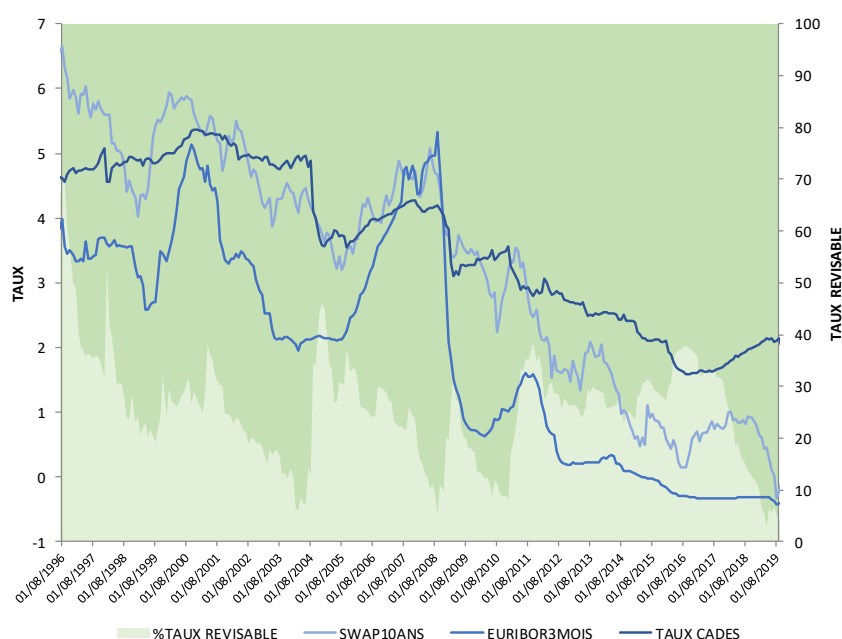
Tableau 2 • Amortissement de la dette sociale

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	260 496	15 444	155 150	-105 346
2019	260 496	16 253	171 403	-89 093
2020 (prévisionnel)	260 496	16 010	187 414	-73 083
2021 (prévisionnel)	260 496	16 971	204 384	-56 112

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 LFSS pour 2005, le FRR a pour mission de gérer pour le compte de la CNAV et 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'adossment du régime spécial de retraite des IEG.¹

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 2019, l'actif net du FRR est valorisé à 33,7 Md€, en hausse de 1,1 Md€ sur un an

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 adossment partiel au passif, et une poche dite « de performance » regroupant des actifs diversifiés visant un surcroît de rendement. Au 31 décembre 2019, le portefeuille d'actifs du FRR se composait pour 53,4 % d'actifs de performance – dont 67,4 % d'actions – et pour 46,6 % d'actifs obligataires de couverture, comprenant une part substantielle de titres d'émetteurs souverains (cf. tableau 3).

À la même date, après le neuvième versement de 2,1 Md€ opéré en faveur de la CADES, la valeur de marché des actifs du FRR s'établissait à 33,7 Md€, contre 32,6 Md€ en 2018 (cf. tableau 1). Elle a ainsi connu une hausse nette de 1,1 Md€ sur l'année (3,2 Md€ hors décaissement de 2,1 Md€ au profit de la CADES).

Cette évolution au regard des années précédentes résulte d'un fort rebond des marchés financiers en 2019, conduisant ainsi à un rendement très élevé des actifs de performance (17,9 %).

Le surplus, qui correspond à la valeur de l'actif du fonds net de son passif actualisé (ce dernier étant en baisse continue du fait de la réduction année après année du montant restant à verser à la CADES), a augmenté de 2,6 Md€, pour s'établir à 17,6 Md€.

Pour l'année 2019, la performance du FRR est redevenue positive, à 9,7 % après -7,9% en 2018

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 performance s'élève à 9,7 %. 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 représentant 5,9 % de l'actif du fonds à fin 2019). Le rendement de 17,9 % de la poche de performance est en forte hausse après un repli de -7,9 % en 2018.

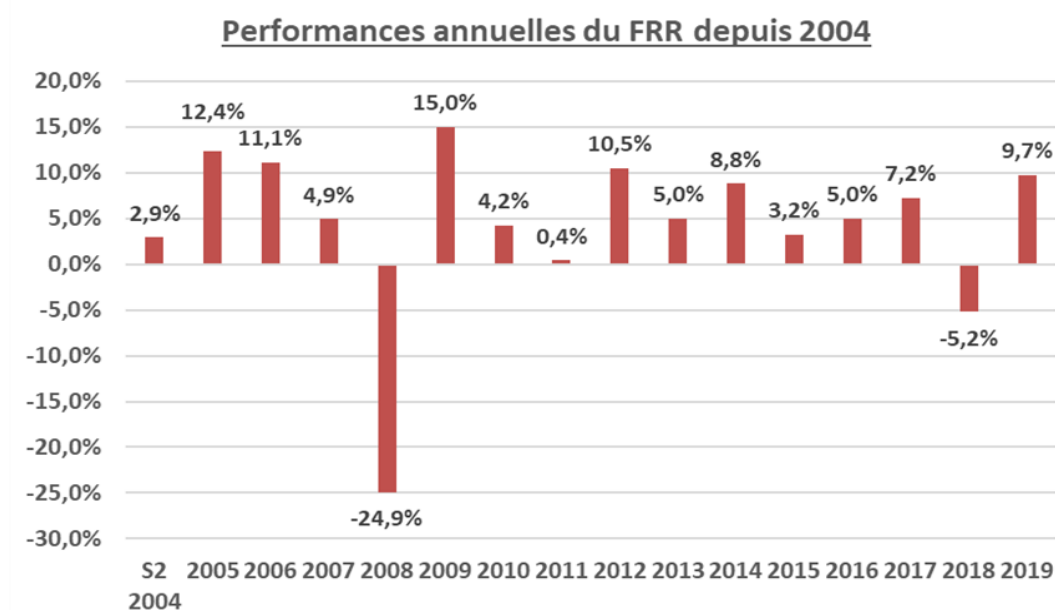
¹ Les 60 % restants sont versés par la CNIEG à la CNAV selon des modalités définies par une convention financière entre la CNIEG, la CNAV et l'ACOSS.

Tableau 1 • Valeur de marché de l'actif du FRR au 31 décembre et performance annuelle des placements

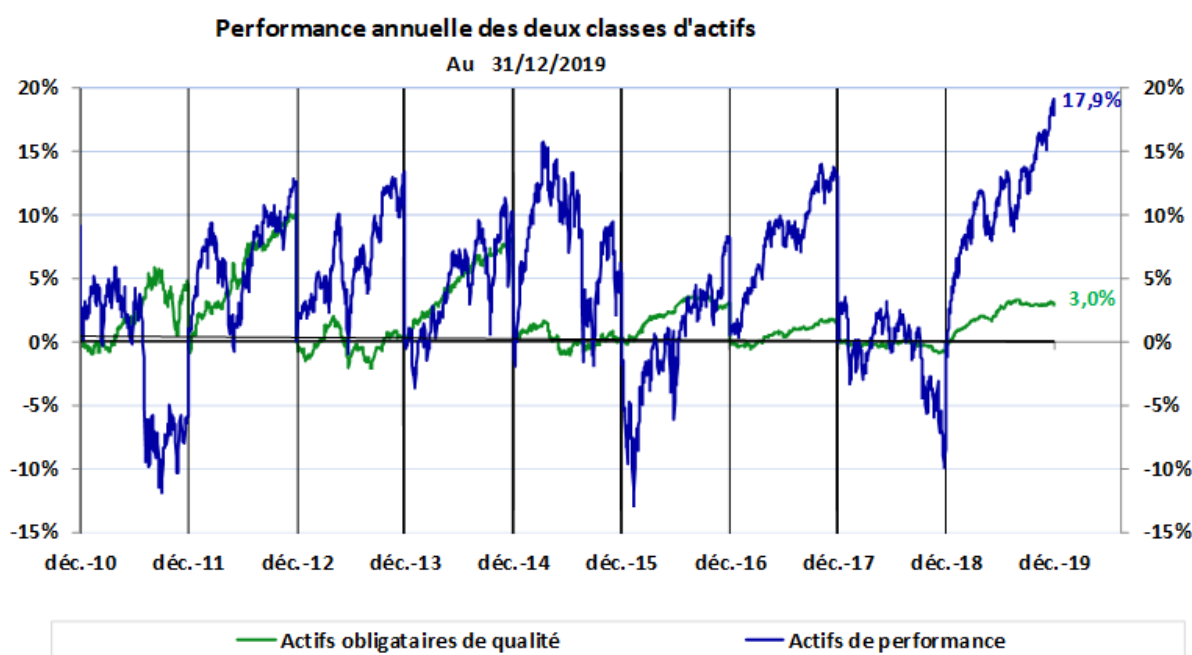
	2015	2016	2017	2018	2019
Actifs du FRR au 31/12	36,3 Md€	36,0 Md€	36,4 Md€	32,6 Md€	33,7 Md€
Versements cumulés à la CADES	10,5 Md€	12,6 Md€	14,7 Md€	16,8 Md€	18,9 Md€
Performance annuelle des placements	3,1%	5,0%	7,2%	-5,2%	9,7%
Performance annualisée depuis l'origine	4,1%	4,2%	4,4%	3,7%	4,1%
Performance annualisée depuis fin 2010	5,5%	5,4%	5,7%	4,2%	4,9%

Source : DSS/FRR

Graphique 1 • Performances annuelles du FRR depuis 2004



Graphique 2 • Performance annuelle des deux classes d'actifs au 31/12/2019



Source : DSS / FRR

En 2019, l'ensemble des actifs de performance du FRR a rebondi, notamment de janvier à fin avril (+10 % pour les actions japonaises à +17 % pour les actions américaines et de la zone euro) et d'octobre à fin décembre (+10 % à +13 % selon les régions).

Ces performances sont notamment dues à deux événements majeurs :

- Le revirement des banques centrales et notamment de la Fed, qui sont passées d'une attitude restrictive fin 2018 à plus neutre en janvier 2019 et même accommodante en juin, en raison de menaces sur la croissance et en l'absence de véritables pressions inflationnistes ;
- L'atténuation du risque de guerre commerciale à court terme entre les États-Unis et la Chine, voire entre les États-Unis et d'autres zones comme l'Europe ou le Japon. Un accord (très partiel) a même été signé en fin d'année, ce qui a rassuré les marchés financiers et ramené la volatilité à des niveaux extrêmement bas. Les perspectives incertaines du commerce mondial de la fin de l'année 2018 ont donc été levées.

En matière d'actifs obligataires de qualité, les obligations souveraines ont progressé de 0,3 % en 2019 tandis que les obligations d'entreprises de qualité libellées en euro et en dollar affichent une performance de plus de 6 %.

Dans ces conditions, la performance globale en moyenne annuelle du fonds depuis sa création s'élève à 4,1 %. 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 4,9 %, et donc de compenser largement les effets de la crise financière de 2008.

Le résultat net du FRR s'est établi à 841 M€ en 2019

En 2019, le FRR a dégagé un résultat positif de 841 M€, en repli par rapport à 2018 où il avait atteint 945 M€ (cf. tableau 2). Ce résultat abonde les réserves du fonds. Outre le résultat, la variation de l'actif comptable du FRR résulte notamment de la hausse de 1,8 Md€ de l'écart d'estimation (représentant les plus-values latentes), de la baisse de 2,1 Md€ de la dette du FRR envers la CADES (après le versement intervenu en 2019) et de l'augmentation de 0,5 Md€ de celle à l'égard de la CNIEG au titre de la soule IEG).

Le solde des plus et des moins-values de cessions des valeurs mobilières atteint 1 280 M€, en hausse par rapport à 2018 (902 M€). Cette évolution résulte des plus-values réalisées après les performances élevées des actions, notamment en 2019. En 2017, le solde très supérieur (1366 M€) résultait de la hausse du cours des actions observée fin 2016, dont une part importante ne s'était traduite par des plus-values de cessions qu'en 2017.

En sens inverse, les opérations de couverture ont conduit le fonds à enregistrer une perte de 546 M€ en 2019, plus importante qu'en 2018 (353 M€). En effet, 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.

Les revenus de valeurs mobilières de placement qui proviennent essentiellement des tombées de coupons¹ et des dividendes des actions se sont élevés à 718 M€, à un niveau stable par rapport à 2017 et 2018 (respectivement 681 M€ et 682 M€), en lien avec le maintien à des niveaux bas des taux obligataires.

Les opérations relatives aux instruments financiers à terme du FRR ont également conduit le fonds à enregistrer un gain net de 64 M€ en 2019, alors qu'il avait enregistré une perte de 148 M€ en 2018. 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.

Enfin, le solde des autres opérations financières s'élève à -579 M€ (contre -70 M€ en 2018 et -512 M€ en 2017) et contribue ainsi de façon significative à la dégradation du résultat financier sur l'année. L'évolution annuelle du résultat des autres opérations financières résulte d'une perte de 429 M€ sur les options en 2019 après un gain de 86 M€ l'année précédente. Ces pertes proviennent des stratégies de couverture prises sur les actions américaines et européennes, ces dernières ayant été extrêmement performantes en 2019.

¹ Versements des intérêts des obligations

Tableau 2 • Résultat du FRR depuis 2015, en millions d'euros

(en millions d'euros)	2015	2016	2017	2018	2019
RESULTAT DE L'EXERCICE	1500	747	2392	945	841
Résultat financier	1619	810	2488	1 013	936
<i>dont cessions de valeurs mobilières</i>	<i>1405</i>	<i>750</i>	<i>1366</i>	<i>902</i>	<i>1 280</i>
Gains	1665	1188	1609	1 279	1 739
Pertes	-260	-438	-243	376	-459
<i>dont revenus de valeurs mobilières</i>	<i>790</i>	<i>700</i>	<i>681</i>	<i>682</i>	<i>718</i>
<i>dont change</i>	<i>-539</i>	<i>-548</i>	<i>649</i>	<i>-353</i>	<i>-546</i>
Gains	797	504	1026	427	105
Pertes	-1336	-1052	-377	780	-651
<i>dont instruments financiers</i>	<i>119</i>	<i>-22</i>	<i>304</i>	<i>-148</i>	<i>64</i>
Gains	690	680	528	331	417
Pertes	-571	-702	-224	480	-354
<i>dont solde sur autres opérations financières</i>	<i>-156</i>	<i>-70</i>	<i>-512</i>	<i>-70</i>	<i>-579</i>
Frais de gestion administrative	-119	-63	-96	-65	-99
<i>dont commissions de gestion</i>	<i>-93</i>	<i>-35</i>	<i>-73</i>	<i>-42</i>	<i>-77</i>
Résultat exceptionnel	0	0	0	0	8

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

	Fin 2018	Fin 2019
Actions	41,2%	36,0%
Actions européennes	18,6%	13,5%
Actions non européennes	10,3%	9,0%
Actions couvertes en options	12,3%	13,5%
Obligations d'entreprises à haut rendement	1,8%	3,5%
Obligations de pays émergents	7,4%	8,0%
Actifs non cotés	4,6%	5,9%
Prêts à l'économie	3,0%	3,6%
Capital investissement	1,0%	1,3%
Infrastructures et immobilier	0,6%	1,0%
Actifs de performance	55,0%	53,4%
Obligations de qualité	43,9%	42,8%
Adossement au passif	15,9%	12,9%
Obligations d'Etats développés	0,0%	0,0%
Obligations d'entreprises de qualité	28,0%	29,9%
Liquidités	1,1%	3,8%
Actifs de couverture	45,0%	46,6%

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} Olivier VERAN, Ministre des Solidarités et de la Santé

M. Gérard DARMANIN, Ministre de l'Action et des Comptes publics

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Thomas MESNIER

Député de la Charente

M. Joël AVIRAGNET

Député de la Haute-Garonne

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 DEROCHÉ

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 VIOLA

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-Josèphe 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} Elisabeth TOMÉ-GERTHEINRICH	Directrice Générale Adjointe, responsable du pôle social (MEDEF)
M. Olivier BOGILLOT	Président de la Commission « Réforme de la protection sociale » (MEDEF)
M. Eric CHEVÉE	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. Fabrice GOMBERT	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie (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	Présidente 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)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Philippe GEORGES	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Frédéric FAVIÉ	Président du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Jean-Claude BARBOUL	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC-ARRCO)
M. Didier WECKNER	Vice-Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (AGIRC-ARRCO)
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^{me} Marie-Sophie DESAULLE Présidente de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)

M^{me} Zaynab RIET Déléguée générale 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 BESSET 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. Jean-Pierre LABOUREIX Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M. Gilles de MARGERIE	Commissaire général France Stratégie – Premier Ministre
M. Jean-Patrick SALES	Vice-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} Katia JULIENNE	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. Fabrice LENGART	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. Franck VON LENNEP	Directeur 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. Olivier CUNIN	Sous-directeur du Travail et de la Protection sociale – Secrétariat général – ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
M. Jean-Pierre GUERIN	Chef de la Mission « Couverture des risques sociaux et, cohésion sociale » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie – ministère de l'Action et des Comptes publics
M ^{me} Sophie GALEY-LERUSTE	Cheffe de la Mission « Santé » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie – ministère de l'Action et des Comptes publics

