

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2010
PRÉVISIONS 2011**

**RAPPORT
juin 2011**

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

Rédaction

Pour la direction de la Sécurité sociale

Nadia AMER	Éric LEFEBVRE
Sandra BERNARD	Pauline LE MEIL
Camille BONAÏTI	Brice LEPETIT
Jonathan BOSREDON	Mehdi MAMACHE
Carole BOUSQUET	Myriam MIKOU
Céline CAREL	Bruno MORIN
Laurent CAUSSAT	Ursule NGOUANA
Stéphanie CHORT	Marine PARDESSUS
Marianne CORNU-PAUCHET	Anne-Gisèle PRIVAT
Thibault CRUZET	Andry RAKOTOARSON
Sylvie DOUCET	Léa RIVOT
Thomas FILLEUR	Béatrice ROLLAND
Sylvain GROGNET	Romain ROUSSEL
Anne-Claire HOREL	Julien SAMAK
David HOYRUP	Pascal THÉVENEAU
Roman KRAKUS	Nicolas VANNI
Denis LE BAYON	Damien VERGÉ

Pour l'ACOSS

Laure BERNÉ, Benjamin COLLIN, David JACQUIN, Gaëlle PRIOUX

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD

Pour la DREES

Patrick AUBERT

Pour la MCP

Claudine BISSON, Camille L'HERNAULT

Organisation : Francette Beaunoir, Monique Haenel et Françoise Halbutier.

Ont également contribué à la rédaction : Christophe Mornet (ACOSS), Florence Thibault, Stéphane Donné (CNAF), Pascal Jacquetin (CNAMTS), Paul Beurnier, Nathanaël Grave, Vincent Poubelle (CNAV), Nicolas Ferrari (DGTrésor), Romain Plantade (DSS), Raphaëlle Verniolle (fonds CMU).

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 du Travail, de l'Emploi et de la Santé, du ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat et du ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale (DARES, DB, DGOS, DGTrésor, DREES), ainsi qu'avec les services et les agents comptables des Caisses nationales de Sécurité sociale et du FSV.

TABLE DE MATIERES

1.	Synthèse	9
1.1.	L'amorce d'une réduction des déficits en 2011.....	10
2.	Cadrage économique général	21
2.1.	L'environnement économique.....	22
2.2.	L'Incidence redistributive de la sécurité sociale.....	26
3.	Vue d'ensemble des recettes du régime général	35
3.1.	Vue d'ensemble des recettes.....	36
4.	Les cotisations, impôts et contributions publiques	41
4.1.	Les cotisations.....	42
4.2.	La CSG.....	44
4.3.	La compensation des exonérations générales de cotisations.....	48
4.4.	La compensation des exonérations ciblées de cotisation.....	52
4.5.	Les autres recettes fiscales.....	54
5.	Analyse par assiette	59
5.1.	Les prélèvements sur les revenus d'activité du régime général.....	60
5.2.	Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi.....	66
5.3.	Taxes Tabac et alcool.....	70
5.4.	Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital.....	74
6.	Eclairages recettes	79
6.1.	Prélèvements sociaux, coût du travail et compétitivité : une analyse comparée de la France et des principaux pays européens.....	80
7.	Les transferts	87
7.1.	Vue d'ensemble sur les transferts.....	88
7.2.	Les transferts reçus.....	90
7.3.	Les transferts versés.....	92
8.	Vue d'ensemble des dépenses du régime général	95
8.1.	Vue d'ensemble des dépenses.....	96
8.2.	La gestion administrative.....	100
9.	Les prestations maladie et AT	103
9.1.	ONDAM 2010.....	104
9.2.	ONDAM 2011.....	110
9.3.	La consommation de soins de ville du Régime général en 2010.....	114
9.4.	Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM du régime général.....	120
10.	Eclairages maladie	127
10.1.	Le marché du médicament remboursable en France en 2010.....	128
10.2.	Les masseurs-kinésithérapeutes : démographie, activité et dynamique de la dépense.....	132
10.3.	Les soins de suite et de réadaptation : état des lieux des dépenses et des capacités avant le passage en T2A.....	136
10.4.	Bilan des dispositifs d'aide à la complémentaire santé des plus démunis : CMUc et ACS.....	142
10.5.	Honoraires et revenus des médecins au titre d'une activité libérale.....	146
11.	Eclairages AT, handicap, dépendance	151
11.1.	L'évolution récente des maladies professionnelles.....	152

12.	Les prestations vieillesse.....	157
12.1.	Contexte démographique.....	158
12.2.	L'évolution des prestations de retraite.....	160
13.	Eclairages « retraites ».....	165
13.1.	La trajectoire financière de retour à l'équilibre de la branche vieillesse du régime général.....	166
13.2.	La réforme des retraites peut-elle allonger l'horizon de l'emploi des seniors ?.....	168
13.3.	Le relèvement des bornes d'âge de départ en retraite : impacts financier et individuel.....	172
13.4.	Les départs en retraite avec décote.....	176
14.	Les prestations famille.....	181
14.1.	Les prestations familiales.....	182
14.2.	Les aides au logement.....	186
15.	Eclairages famille.....	189
15.1.	Le développement de la garde d'enfants.....	190
15.2.	Les bénéficiaires des aides au logement.....	194
16.	La trésorerie du régime général.....	201
16.1.	Les relations de trésorerie Etat – Sécurité sociale.....	202
16.2.	Les créances sur les entreprises.....	206
16.3.	Les charges et produits financiers de l'ACOSS.....	208
16.4.	Du résultat comptable à la variation de trésorerie.....	214
17.	Les organismes concourant au financement du régime général.....	217
17.1.	Le FSV.....	218
17.2.	Le FRR.....	222
17.3.	La CNSA.....	224
17.4.	La CADES.....	228
18.	Les comptes du Régime général.....	233
18.1.	CNAM – maladie.....	234
18.2.	Des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations du régime général.....	240
18.3.	CNAM-AT-MP.....	242
18.4.	CNAV.....	246
18.5.	CNAF.....	250
18.6.	Du résultat comptable à la contribution du Régime général au besoin de financement des ASSO.....	254
19.	ANNEXES.....	259

Avant-propos

Le déficit d'ensemble du régime général et du FSV a atteint -28 Md€ en 2010, s'aggravant encore de 4,5 Md€ par rapport à 2009. Ce déficit, qui était de l'ordre de 9,5 Md€ en 2007 et 2008, a presque triplé en deux ans.

Cette très forte dégradation traduit pour l'essentiel l'impact de la récession sur les recettes. En 2010, le PIB en volume n'a pas encore retrouvé ses niveaux de 2007 et 2008, et la masse salariale en valeur n'a progressé que de 0,7 % entre 2008 et 2010, alors que les dépenses du régime général continuaient d'augmenter à un rythme plus modéré que les années précédentes mais encore voisin de 3,5 % par an.

L'année 2011 est marquée par un transfert de dette à la CADES d'une ampleur sans précédent et par un début de réduction des déficits qui a trois explications principales : la poursuite de la reprise de la masse salariale, dont le rythme de progression en valeur se rapproche de sa tendance de moyen terme (environ 3,5 %) ; une augmentation modérée des dépenses traduisant un respect probable de l'ONDAM et les premiers effets de la réforme des retraites ; un apport substantiel de recettes nouvelles, qui s'accompagne d'une modification profonde des circuits de financement du régime général et du FSV (voir à ce sujet la fiche 4-5 sur les « Autres recettes fiscales »).

Une diminution sensible du déficit serait ainsi obtenue en 2011, d'environ 4,5 Md€. Il resterait toutefois très élevé (-23,6 Md€ pour l'ensemble régime général – FSV) puisqu'il reviendrait seulement au voisinage de son niveau de 2009.

Au-delà du commentaire des chiffres, ce rapport contient comme d'habitude des analyses et des « éclairages » destinés à faciliter la compréhension des comptes et dont les sujets se renouvellent en partie en fonction de l'actualité. Le rapport connaît par ailleurs chaque année des évolutions méthodologiques qui visent à le rendre plus lisible et à permettre une analyse plus approfondie de certains points. Une fois n'est pas coutume, je terminerai cet avant-propos en indiquant plusieurs modifications qui lui ont été apportées cette année afin d'améliorer la compréhension des comptes et des dynamiques à l'œuvre :

- les comptes de chacune des branches du régime général sont à présent systématiquement analysés à travers les évolutions des charges et produits nets, qui sont les agrégats pertinents du point de vue de l'analyse économique ;*
- le rapport détaille les dépenses du régime général dans le champ de l'ONDAM et présente leurs évolutions par grandes catégories ;*
- enfin, une vue d'ensemble des prestations a été introduite dans le rapport, par symétrie à la vue d'ensemble des recettes.*

Je remercie tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce rapport et plus particulièrement les membres de la 6^{ème} sous-direction de la direction de la sécurité sociale qui assurent l'essentiel de sa rédaction.

François Monier

9 juin 2011

1. SYNTHÈSE

1.1. L'AMORCE D'UNE REDUCTION DES DEFICITS EN 2011

Un déficit historique en 2010...

En 2010, le déficit de l'ensemble régime général – FSV a atteint 28,0 Md€, soit une dégradation de 4,5 Md€ par rapport à 2009. Ce déficit a triplé en deux ans, s'aggravant de 18,6 Md€ entre 2008 et 2010 (-13,7 Md€ pour le régime général et -4,9 Md€ pour le FSV).

Cette très forte dégradation est due pour l'essentiel à l'impact de la récession sur les recettes de 2009, année marquée par une diminution sans précédent de la masse salariale (-1,3%). Les recettes ont retrouvé une évolution positive en 2010 ; leur croissance est toutefois restée en deçà de celle des dépenses, même si celle-ci s'est infléchie par rapport aux années précédentes.

Les quatre branches du régime général ont connu une forte dégradation de leur solde entre 2008 et 2010, mais celle-ci a été la plus marquée pour l'assurance maladie (plus de 7 Md€) et pour la branche retraite. En incluant le Fonds de solidarité vieillesse dont le solde s'est dégradé de près de 5 Md€ sur la période, le déficit de la branche vieillesse s'est accru de 8,2 Md€ en deux ans pour atteindre 13 Md€ en 2010.

...qui commence à diminuer en 2011 mais reste très élevé

En 2011, le déficit du régime général commencerait de se réduire grâce à l'apport de nouvelles recettes, à la reprise de la masse salariale et à une modération de la dépense.

Mais il resterait très élevé. Pour l'ensemble régime général – FSV, le déficit (-23,6 Md€) retrouverait simplement son niveau de 2009 et resterait plus de deux fois supérieur au palier de 9-10 Md€ de la période 2003-2008.

L'année 2011 est marquée par les effets des trois grands textes sociaux votés dans la seconde moitié de 2010 : la loi de réforme des retraites, la loi organique relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Sur le plan financier, les principales incidences de ces textes sur l'année 2011 sont l'apport de ressources nouvelles au régime général, au FSV et à la CADES (pour environ 8 Md€ au total), une inflexion du nombre de départs en retraite, et une reprise de dette d'un montant sans précédent (65,3 Md€) par la CADES.

Soldes par branche du régime général et du FSV

En milliards d'euros

	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
Maladie	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-10,3
Accidents du travail	-0,5	0,2	-0,7	-0,7	0,0
Retraite	-4,6	-5,6	-7,2	-8,9	-6,4
Famille	0,2	-0,3	-1,8	-2,7	-2,8
Total régime général	-9,5	-10,2	-20,3	-23,9	-19,5
FSV	0,2	0,8	-3,2	-4,1	-4,1
Vieillesse y compris FSV	-4,4	-4,8	-10,4	-13,0	-10,5
Régime général + FSV	-9,3	-9,4	-23,5	-28,0	-23,6

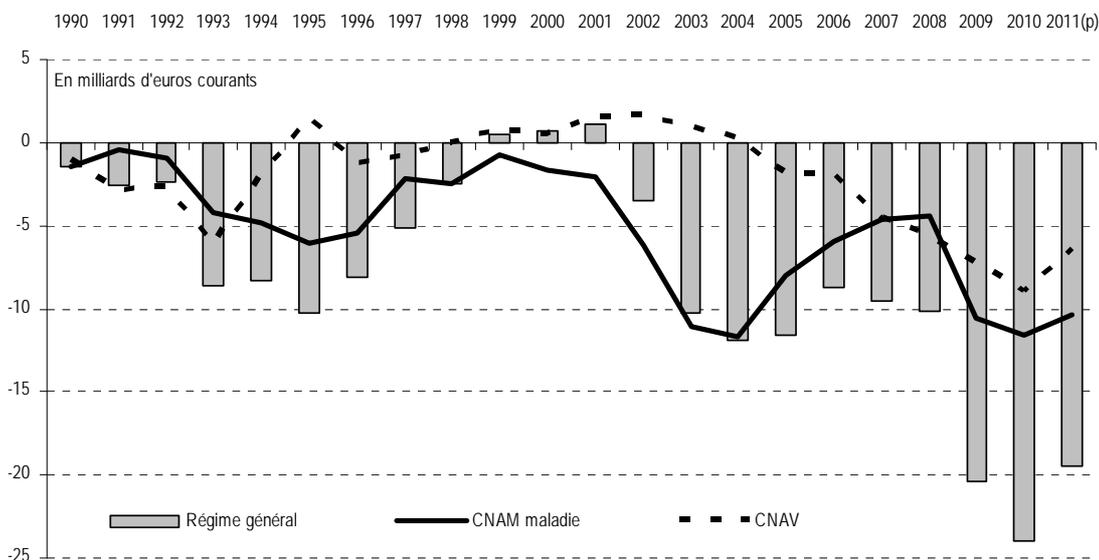
Sources : DSS/SD6/6A

Un découvert de trésorerie sans précédent fin 2010

Après la reprise de dette par la CADES réalisée fin 2008-début 2009 pour un montant de 27 Md€, aucune opération semblable n'est intervenue en 2010. Les déficits considérables du régime général et du FSV en 2009 et 2010 se sont donc traduits par un supplément de dette porté par l'ACOSS. A la fin de 2010, le solde de trésorerie de l'ACOSS a atteint -49,5 Md€, contre -24,1 Md€ un an plus tôt, soit une dégradation de 25,4 Md€. Pour faire face à ces besoins sans précédent, un schéma exceptionnel de financement a été mis en place comportant des emprunts auprès de la Caisse des dépôts, un recours fortement accru aux billets de trésorerie et le lancement d'un programme « d'euro commercial papers ».

En 2011, en application de la loi de financement, le transfert à la CADES des déficits 2009 et 2010 du régime général (hors branche AT-MP) et du Fonds de solidarité vieillesse, ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille se traduit par des versements de la CADES à l'ACOSS étalés tout au long de l'année 2011 pour un montant total estimé à 65,3 Md€, dont 55 Md€ sont réalisés au 1^{er} semestre. Ces transferts réduisent progressivement le découvert de trésorerie de l'ACOSS.

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



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

Source : DSS/SD6/6A

Les écarts aux prévisions associées à la loi de financement pour 2011

Le résultat 2010 du régime général (-23,9 Md€) est amélioré de 800 M€ par rapport à la prévision associée à la loi de financement pour 2011, qui s'élevait à -24,7 Md€. Cette prévision était elle-même dégradée de 1,6 Md€ par rapport à la CCSS de septembre 2010, notamment du fait de la diminution des droits tabac du panier compensant les allègements généraux décidée en loi de finances rectificative pour 2010.

Les écarts par rapport à la LFSS portent à la fois sur les charges et sur les produits. Les prestations versées ont été inférieures de 590 M€ aux prévisions, mais les transferts de compensation se sont au contraire révélés plus élevés de 310 M€. Les recettes sur revenus d'activité ont eu les rendements prévus, mais les recettes fiscales affectées à la CNAM et à la CNAV sont révisées à la hausse de 380 M€. En sens inverse, les transferts du FSV à la CNAV ont été inférieurs de 140 M€ à la prévision.

La révision à la baisse du déficit concerne principalement la branche maladie (510 M€), mais aussi les branches famille (240 M€) et retraite (150 M€).

Pour 2011, le déficit prévu en LFSS était de -20,9 Md€. La nouvelle prévision (-19,5 Md€) est améliorée de 1,4 Md€. L'écart découle en grande partie de la révision apportée au résultat de 2010 (effet de base). La révision à la hausse de la masse salariale, de 0,3 point en 2011, contribue à l'amélioration du solde pour environ 500 M€. Les recettes fiscales, et principalement les taxes tabac sont substantiellement révisées à la hausse. L'amélioration du solde se concentre sur la CNAM (+ 1,1 Md€) et sur la CNAV (+ 0,5 Md€) alors que le solde de la CNAF est légèrement dégradé (- 0,1 Md€).

Les hypothèses économiques pour 2011

Les hypothèses qui servent de base aux prévisions présentées pour 2011 sont celles du programme de stabilité pour 2011-2014 présenté au Parlement en mai.

Après la forte récession de 2009 (une baisse du PIB de 2,7%), la reprise amorcée en 2010 (+ 1,5%) s'affermirait en 2011 avec une croissance de 2%.

La masse salariale du secteur privé en valeur, dont l'évolution est déterminante pour les recettes de la sécurité sociale, suit la reprise de l'activité avec un léger décalage. Sa progression, qui a été révisée à la hausse à plusieurs reprises, est estimée à 2% pour l'année 2010 et s'élèverait à 3,2% en 2011.

La hausse des prix (hors tabac) serait de 1,8% en moyenne annuelle en 2011 après 1,5% en 2010.

Les hypothèses de masse salariale et d'inflation sont révisées à la hausse par rapport à la loi de financement pour 2011 : respectivement de 2,9 à 3,2% et de 1,5 à 1,8%.

Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale



Sources : Insee et Acofos

En 2011 une forte progression des recettes et une évolution modérée des dépenses

Après le coup d'arrêt de 2009, les recettes du régime général ont connu une reprise modérée en 2010. Leur progression de 2,3%, légèrement supérieure à celle de la masse salariale (2%), s'explique par le dynamisme des impôts et taxes affectés et des transferts en provenance du FSV.

Sur l'ensemble des deux années 2009 et 2010, les recettes n'ont progressé que d'environ 2%. Même si, dans le même temps, la croissance des dépenses s'est infléchie, un écart d'évolution très important s'est creusé entre les unes et les autres, de l'ordre de 4,5 points sur les deux années (+ 6,5% environ pour les dépenses, + 2% pour les recettes), qui explique le creusement du déficit du régime général de près de 14 Md€ entre 2008 et 2010.

En 2011, les produits nets du régime général, bénéficiant de l'accélération de la masse salariale et de recettes supplémentaires substantielles, progresseraient de 5,2%. La croissance de ses charges resterait voisine de 3,5% comme en 2009 et 2010.

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

	2008	2009	2010	2011 (p)
Produits	4,1%	-0,2%	2,3%	5,2%
Charges	4,2%	3,3%	3,3%	3,4%
Ecart	-0,1%	-3,5%	-1,0%	1,8%

Source : DSS/SD6/6A

* Calculés sur les montants de produits et de charges nets et sur un périmètre comparable à celui de 2010, c'est-à-dire hors AAH, API et ASI. Les taux de variation sont calculés sur les montants de produits et de charges nets et consolidés.

Des apports de recettes de plus de 5 Md€ pour le régime général en 2011

En 2011, les recettes du régime général bénéficient du renforcement de la croissance de la masse salariale (3,2% après 2% en 2010) et d'un important surcroît de recettes.

Le financement du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse fait par ailleurs l'objet d'une profonde réorganisation liée à l'apport de recettes nouvelles dans le cadre de la réforme des retraites, à l'affectation directe aux régimes des recettes composant le panier des allègements généraux et à des réaffectations de recettes entre les branches du régime général, le FSV et la CADES.

Les augmentations de recettes liées à la réforme des retraites sont canalisées, directement ou indirectement vers le FSV. Elles portent à la fois sur des prélèvements sociaux (stocks options, retraites chapeau, prélèvement sur les revenus du capital) et sur des impôts d'Etat. Dans le second cas, les gains pour l'Etat sont rétrocédés à la sécurité sociale au moyen du transfert d'une partie de la TVA brute collectée sur les professionnels de santé. C'est la CNAM qui est affectataire de cette nouvelle recette, mais en contrepartie elle transfère au FSV des taxes affectées (C3S additionnelle, fraction du forfait social) pour un montant équivalent. Par ailleurs, l'annualisation du calcul des allègements de cotisations sur les bas salaires réduit le montant de ces exonérations d'environ 2 Md€ en année pleine et accroît d'autant les cotisations perçues par les régimes concernés. Le gain correspondant est transféré au FSV sous la forme d'une fraction de taxe sur les salaires (soustraite à l'ancien « panier » de recettes). Au total, 3,85 Md€ de recettes supplémentaires sont apportées au FSV dont il ne conserve qu'une petite partie puisqu'il prend en charge, à hauteur de 3,5 Md€, une part des dépenses engagées au titre du minimum contributif par la CNAV et les régimes

alignés. Le FSV sert donc ici d'intermédiaire pour des recettes destinées pour l'essentiel au régime général.

Un autre élément contribuant à l'amélioration des recettes du régime général en 2011 est l'excédent des recettes fiscales de l'ex « panier » finançant les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires, qui atteindrait 1,8 Md€ en 2011 après un déficit d'environ 80 M€ en 2010. En 2011, le « panier » n'existe plus en tant que tel, les recettes qui le composaient étant désormais déconnectées des allègements et affectées directement aux organismes concernés. Du point de vue du financement des différentes branches du régime général, cette réforme ne modifie pas sensiblement les montants reçus par chacune en 2011 (par rapport aux règles antérieures de répartition du panier), mais il pourrait en aller différemment à moyen terme compte tenu des dynamiques différentes des taxes affectées.

Enfin, des recettes supplémentaires sont également apportées au régime général par la hausse du taux de cotisation « accidents du travail » et par l'augmentation des droits tabac qui découle de la hausse des prix de la fin 2010.

Par type de prélèvement, les cotisations sociales connaîtraient en 2011 une forte progression (5%) liée à la réduction des exonérations (annualisation des allègements généraux) et au relèvement de la cotisation « accidents du travail ». La CSG affectée au régime général diminuerait (-2,4%) en raison du transfert de 0,28 point de cette contribution de la CNAF à la CADES. Les impôts et taxes affectés au régime ainsi que les transferts en provenance du FSV connaîtraient de fortes augmentations.

Les dépenses : une croissance plus modérée depuis 2009

L'augmentation des charges nettes du régime général, qui était de l'ordre de 4,5% par an sur la période 2004-2008, s'est infléchie autour de 3,5% depuis 2009.

La croissance des prestations du régime général serait plus élevée en 2011 qu'en 2010, d'environ un demi-point, en raison de revalorisations plus fortes dues au profil de la hausse des prix sur les dernières années. L'augmentation des prestations de retraite, bien que sensiblement ralentie par rapport aux années 2004-2008, resterait la plus forte.

Prestations de retraite : moins de départs mais une revalorisation assez forte en 2011

L'augmentation des prestations de retraite servies par la CNAV, qui s'était nettement infléchie en 2010 (4,2%), serait plus soutenue en 2011 (4,9%), tout en restant nettement inférieure à la tendance moyenne des années 2005-2008, voisine de 6% par an.

Le rebond de 2011 est dû à la revalorisation des pensions (2,1% en avril et 1,8% en moyenne annuelle 2011, contre 0,9% en 2010) qui est elle-même la conséquence de l'accélération de l'inflation. Hors revalorisation, la croissance des prestations de droits propres, estimée à 3,3% en 2011, tend à ralentir. Le nombre de départs en retraite au régime général, qui avoisinait ou dépassait 700 000 par an depuis 2007, diminuerait d'environ 10% en 2011 pour se situer autour de 642 000. L'entrée en vigueur de la réforme de 2010, qui se traduit par le relèvement de l'âge légal de la retraite de 4 mois pour les assurés nés après le 1^{er} juillet 1951, entraîne une réduction de 100 000 départs par rapport à une situation sans réforme. Par ailleurs, le nombre de départs anticipés pour carrière longue, qui a fortement diminué depuis 2009, se maintiendrait à un niveau bas (autour de 40 000).

En conséquence, le nombre de retraités du régime général (12,9 millions en 2010), dont l'évolution explique l'essentiel de la croissance des dépenses de prestations, augmenterait moins rapidement en 2011 que sur les trois années précédentes (3% contre 3,5% en moyenne sur la période 2008-2010). Ce ralentissement devrait se poursuivre jusqu'en 2018 avec la montée en charge de la réforme.

Prestations familiales : l'incidence des revalorisations

Le montant total des prestations familiales connaît depuis 2008 une évolution heurtée liée aux fortes variations du taux de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales d'une année à l'autre, elles-mêmes fonction des fluctuations de l'inflation. Cette revalorisation, qui avait été de 3% au 1^{er} janvier 2009, a ensuite été nulle en 2010, puis de 1,5% en 2011.

En volume, hors revalorisations, la tendance d'ensemble des prestations est une faible croissance, comprise entre 0 et 0,5%. Elle recouvre des évolutions très différentes : baisse des prestations d'entretien en faveur des familles (principalement allocations familiales), mais progression toujours soutenue des aides à la petite enfance.

Au total, la masse des prestations familiales augmenterait de 1,7% en 2011 après 0,4% en 2010.

Dépenses d'assurance maladie : un ralentissement marqué en 2010

En 2010, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à 162,0 Md€ selon le constat issu des comptes des régimes. C'est 415 M€ de moins que l'objectif fixé par la loi de financement pour 2010 à 162,4 Md€. Cette « sous-consommation » est essentiellement imputable aux soins de ville (-280 M€), mais elle est aussi de 75 M€ pour les établissements de santé¹.

L'augmentation des dépenses a ainsi été de 2,7% en 2010, soit un ralentissement de près d'un point par rapport à la moyenne des cinq années précédentes (celle-ci était de 3,7%).

Les dépenses de soins de ville du régime général ont augmenté de 2,9% en 2010 après 3,2% en 2009. La plupart des postes de soins de ville ont connu un ralentissement. La croissance des honoraires médicaux et dentaires a été modérée avec une baisse de l'activité des généralistes reflétant notamment la non reproduction des épidémies grippales de 2009. Les dépenses de médicaments ont augmenté de 1,9% après 2,8% en 2009. Les honoraires paramédicaux (+ 6,2%), les frais de transport (+ 6,0%) et les dispositifs médicaux ont encore eu les progressions les plus fortes en 2010. Les indemnités journalières se sont infléchies (+ 3,8% après 5,1% en 2009).

La modération des soins de ville en 2010 tient pour partie à des facteurs exceptionnels (quasi-absence d'épidémie de grippe, faible consommation en décembre) et à des reports de dépenses sur le début de 2011. Leur impact est estimé à 110 M€ dont environ 70 M€ de dépenses reportées sur 2011.

Avant mesures correctrices, les dépenses relatives aux établissements de santé ont été supérieures de 450 M€ à l'objectif voté en raison d'une augmentation plus importante que prévu des volumes de séjours, d'actes et de consultations externes. Les mises en réserve de crédits décidées dès le printemps, pour un montant total de 525 M€, ont permis de couvrir l'intégralité de ce dépassement sur le champ hospitalier.

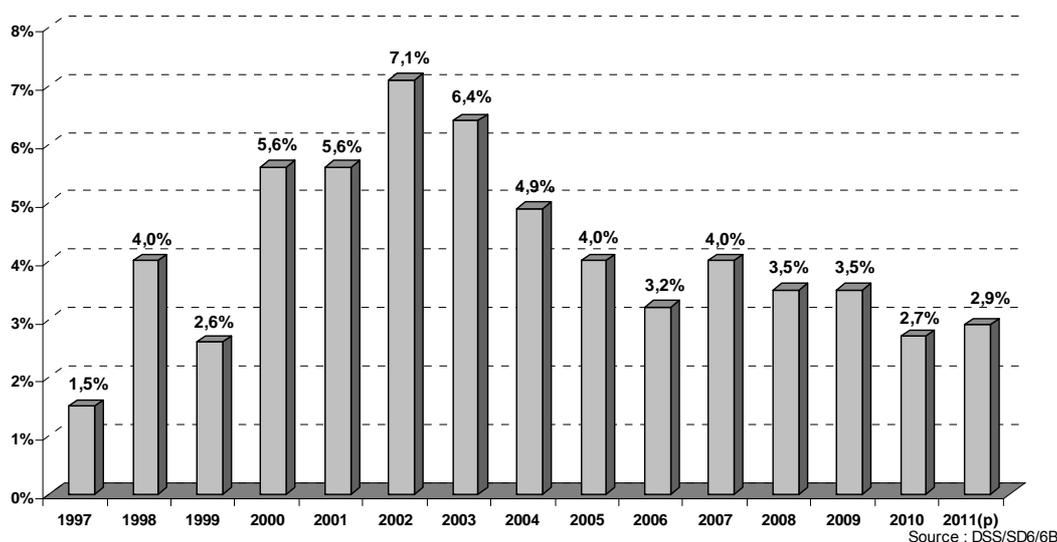
Pour 2011, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 167,1 Md€. Ce montant représentait une augmentation de 2,9% par rapport aux dépenses de l'année 2010 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2010.

Les dépenses de soins de ville sont en augmentation assez forte sur les quatre premiers mois de l'année (+ 3,5% en un an). Se sont conjugués sur cette période les effets de la revalorisation de la consultation à 23 €, d'un épisode épidémique et de reports de soins de la fin de l'année 2010.

¹ Une sous-consommation de 100 M€ de l'enveloppe médico-sociale et en sens inverse un dépassement de 40 M€ sur les autres prises en charge conduisent au total de 415 M€

Dans son avis publié fin mai, le comité d'alerte estime que des risques de dépassement modérés existent en 2011 aussi bien pour les soins de ville que pour les établissements de santé dont l'activité semble continuer de croître à un rythme soutenu. Cependant, les mises en réserve de crédits opérées dès le début de l'année pour un montant total de 530 M€ doivent permettre de couvrir ces dépassements s'ils se confirmaient.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Les résultats par branche et le FSV

L'amélioration du solde du régime général en 2011 porterait principalement sur la branche retraite (+ 2,5 Md€) qui bénéficie d'une forte augmentation de la prise en charge de ses prestations par le FSV en application de la réforme des retraites.

Variations en% des produits nets et charges nettes par branche

	CNAM-AM	CNAV	CNAF*
produits nets			
2010	2,4%	2,2%	0,1%
2011	3,9%	7,2%	4,2%
Charges nettes			
2010	3,0%	3,7%	1,7%
2011	2,8%	4,1%	4,2%

*Produits et charges de la CNAF corrigés des effets AAH et API, et des régularisations comptables positives en 2009

Le déficit de **la branche maladie** se réduirait de 1,3 Md€ en 2011. Ses produits progresseraient de 3,9%, soit environ un point de plus que ses charges, en raison de l'accélération des cotisations et d'une forte augmentation des recettes fiscales qui lui sont affectées. Les recettes de CSG, qui constituent le tiers des produits nets de la branche, resteraient en deçà (+ 2,7%) malgré une répartition de la CSG maladie plus favorable à la CNAM que les années précédentes.

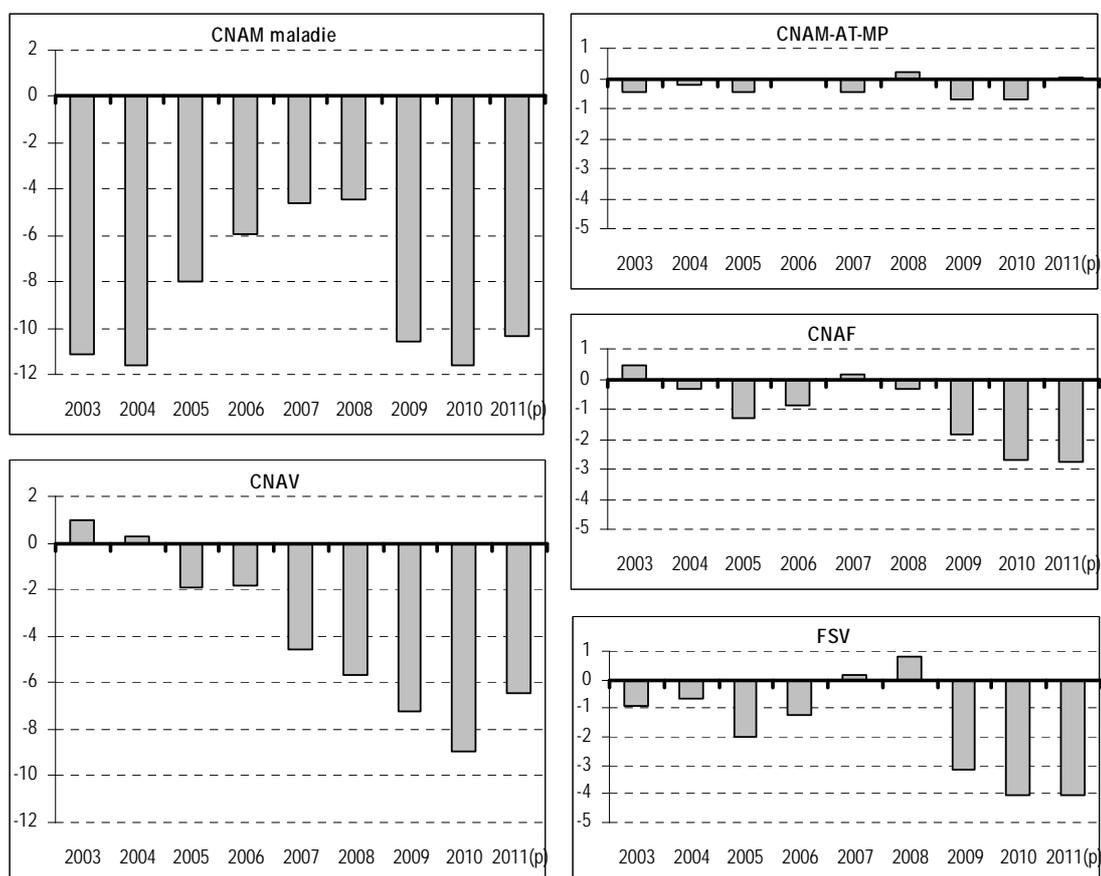
Le solde de **la CNAF** ne connaîtrait pas d'amélioration, du fait de la progression parallèle, à un rythme soutenu (+ 4,2%), de ses produits et de ses charges. Celles-ci sont accrues par la

dernière étape de prise en charge des majorations de pensions pour enfants (passage de 85 à 100%) qui représente pour la branche un supplément de dépense de 800 M€.

Le déficit de **la CNAV** diminuerait de 2,5 Md€. L'augmentation de ses charges est modérée par la baisse des transferts de compensation. La forte progression de ses recettes serait due pour plus de la moitié à l'introduction des nouvelles prises en charge de prestations résultant de la réforme des retraites qui se traduirait par une augmentation de plus de 3 Md€ des transferts en provenance du FSV. Au total, compte tenu de l'augmentation simultanée des prises en charge de cotisations, ces transferts atteindraient 19,2 Md€ en 2011 (après 15,1 Md€ en 2010).

Le déficit du **Fonds de solidarité vieillesse** s'est très fortement creusé en 2009-2010. En 2010, ce déficit (-4,1 Md€) représente 30% de ses recettes. En 2011, le fonds s'est vu affecter les recettes nouvelles décidées dans le cadre de la réforme des retraites mais ses transferts en faveur des régimes ont très fortement augmenté. Le déficit du fonds se stabiliserait en 2011 au niveau très élevé de - 4,1 Md€.

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



Régime général et FSV 2008-2011 – Charges et produits bruts

Régime général		En millions d'Euros					
	2 008	2 009	%	2 010	%	2 011	%
CNAM Maladie							
Charges	166 124	175 118	5,4%	180 411	3,0%	185 305	2,7%
Produits	161 676	164 547	1,8%	168 807	2,6%	174 963	3,6%
Résultat net	-4 449	-10 571		-11 604		-10 342	
CNAM AT							
Charges	11 068	11 722	5,9%	11 846	1,1%	12 154	2,6%
Produits	11 309	11 009	-2,7%	11 119	1,0%	12 170	9,5%
Résultat net	241	-713		-726		17	
CNAV							
Charges	96 343	99 907	3,7%	103 491	3,6%	107 681	4,0%
Produits	90 706	92 674	2,2%	94 559	2,0%	101 272	7,1%
Résultat net	-5 636	-7 233		-8 932		-6 409	
CNAF							
Charges	58 239	60 000	3,0%	54 101	-9,8%	55 887	3,3%
Produits	57 896	58 170	0,5%	51 414	-11,6%	53 101	3,3%
Résultat net	-342	-1 830		-2 687		-2 787	
Régime général consolidé							
Charges	326 763	341 387	4,5%	344 655	1,0%	355 587	3,2%
Produits	316 577	321 039	1,4%	320 705	-0,1%	336 066	4,8%
Résultat net	-10 186	-20 348		-23 950		-19 521	
FSV							
Charges	14 618	16 170	10,6%	17 550	8,5%	21 998	25,3%
Produits	15 431	13 008	-15,7%	13 480	3,6%	17 931	33,0%
Résultat net	812	-3 162		-4 070		-4 067	

Source : DSS/SD6/6A

Régime général et FSV 2008-2011 – Charges et produits nets

Régime général		En millions d'Euros					
	2 008	2 009	%	2 010	%	2 011	%
CNAM Maladie							
Charges	144 933	150 042	3,5%	154 715	3,1%	159 087	2,8%
Produits	140 484	139 471	-0,7%	143 111	2,6%	148 745	3,9%
Résultat net	-4 449	-10 571		-11 604		-10 342	
CNAM AT							
Charges	10 552	11 136	5,5%	11 243	1,0%	11 570	2,9%
Produits	10 793	10 422	-3,4%	10 516	0,9%	11 586	10,2%
Résultat net	241	-713		-726		17	
CNAV							
Charges	95 088	98 699	3,8%	102 385	3,7%	106 576	4,1%
Produits	89 452	91 466	2,3%	93 453	2,2%	100 167	7,2%
Résultat net	-5 636	-7 233		-8 932		-6 409	
CNAF							
Charges	50 712	51 408	1,4%	52 904	2,9%	55 114	4,2%
Produits	50 369	49 578	-1,6%	50 216	1,3%	52 327	4,2%
Résultat net	-342	-1 830		-2 687		-2 787	
Régime général consolidé							
Charges	296 275	305 925	3,3%	316 053	3,3%	326 906	3,4%
Produits	286 088	285 578	-0,2%	292 103	2,3%	307 385	5,2%
Résultat net	-10 187	-20 348		-23 950		-19 521	

Source : DSS/SD6/6A

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les transferts entre la CNSA et les régimes maladie et AT-MP portant sur l'ONDAM médico-social sont également neutralisés ainsi que les écritures exceptionnelles liées à l'apurement de la dette de l'Etat intervenu en 2007.

Principales hypothèses macroéconomiques

	2009	2010	2011 (p)
Produit intérieur brut (PIB)			
PIB en volume	-2,7%	1,5%	2,0%
PIB en valeur	-2,3%	2,3%	3,5%
Masse salariale			
Secteur privé champ URSSAF	-1,3%	2,0%	3,2%
dont <i>Emploi</i>	-2,3%	-0,2%	0,9%
dont <i>Salaire moyen</i>	1,0%	2,2%	2,3%
dont <i>masse salariale plafonnée</i>	-0,25%	1,3%	3,1%
Plafond de la sécurité sociale			
Montant annuel en euros	34 308	34 620	35 352
Variation en %	3,1%	0,9%	2,1%
Hausse des prix et taux de revalorisation			
Prix hors tabac	0,1%	1,5%	1,8%
Revalorisation de la BMAF	3,0%	0,0%	1,5%
Revalorisation des pensions			
au 1er janvier			
au 1er avril	1,0%	0,9%	2,1%
au 1er septembre			
Effet en moyenne annuelle	1,29%	0,92%	1,80%

Source : INSEE / ACOSS / DSS

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

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAF	CNAV	Régime général
<i>En millions d'euros</i>					
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	890	100	300	650	1 940
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 250	30			1 280
Inflation : impact d'une hausse de 1 % de la revalorisation des prestations retraite et famille			270	840	1 110

Source : DSS/SD6/6A

2. CADRAGE ECONOMIQUE GENERAL

2.1. L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

En France, une croissance de l'ordre de 2% en 2011

Après la très forte récession de 2009 (-2,7%), la reprise modérée qui s'est amorcée à la fin de 2009 s'est traduite par une croissance de 1,5% en 2010. Une accélération s'est produite au 1^{er} trimestre 2011 avec une augmentation du PIB de 1%. Celle-ci reflète une bonne tenue de la consommation et de l'investissement des entreprises, mais aussi une forte contribution des variations de stocks qui présente un caractère exceptionnel.

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

2010				2011	Glissement 4 derniers trimestres
1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	
0,2%	0,5%	0,4%	0,3%	1,0%	2,2%

Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

Pour la suite de l'année, les indicateurs sont contrastés : la consommation des ménages en biens a nettement diminué en avril (-1,8% en volume), mais une forte augmentation des investissements est prévue dans l'industrie (+ 15% en valeur après une stagnation en 2010).

Le climat des affaires, calculé à partir des réponses des chefs d'entreprise des principaux secteurs d'activité, s'est nettement amélioré depuis la rentrée 2010, notamment dans l'industrie, mais il semble marquer le pas en mai. La croissance devrait se poursuivre à un rythme modéré au cours des prochains trimestres.

La perspective d'une croissance modérée dans la zone euro

Après la récession historique de 2009, la reprise se poursuit à un rythme modéré en zone euro. La Commission européenne a révisé en légère hausse sa prévision de croissance moyenne de la zone à 1,6% pour 2011. Cette croissance est très inégalement répartie. Les taux de croissance les plus élevés seraient enregistrés en 2011 en Allemagne ainsi que dans les pays du nord (Suède, Finlande) et de l'est de l'Europe (Pologne, Slovaquie, Hongrie). L'Italie et l'Espagne connaîtraient des croissances inférieures à la moyenne, de l'ordre de 1% alors que le Portugal et la Grèce subiraient de fortes récessions. La croissance française (environ 2%) serait supérieure à la moyenne de la zone en 2011.

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

	2008	2009	2010	2011 (p)
France	-0,1%	-2,7%	1,5%	2,0%
Allemagne	1,3%	-4,7%	3,6%	2,6%
Zone euro	0,7%	-4,1%	1,8%	1,6%
Royaume-Uni	-0,1%	-4,9%	1,3%	1,7%
Etats-Unis	0	-2,7%	2,9%	2,6%

Sources : INSEE et hypothèse gouvernementale 2011 pour la France ; Commission européenne, mai 2011, pour les autres pays

Dans plusieurs pays où la contraction du PIB a été très prononcée en 2009 et la reprise ultérieure assez faible, le niveau de production de 2011 reste en-dessous de ce qu'il était en 2007 et 2008. C'est le cas du Royaume-Uni, de l'Italie, de l'Espagne. La France, et plus encore l'Allemagne devraient dépasser le niveau de production antérieur à la crise en 2011.

La masse salariale et les prix

Accélération progressive de la masse salariale

Après sa forte baisse de 2009 (-1,3%), la masse salariale du secteur privé a retrouvé une évolution positive en 2010. L'estimation de sa croissance a été révisée à la hausse à plusieurs reprises pour l'année 2010. Elle s'est établie à 2% en moyenne annuelle.

La reprise de l'activité qui a suivi la récession de 2009 s'est répercutée sur l'emploi et sur la masse salariale plus rapidement qu'il n'était prévu et que dans les phases antérieures comparables. Le décalage entre les évolutions du PIB en valeur et de la masse salariale a été faible en 2010 (respectivement 2,3% et 2%).

L'augmentation des effectifs salariés s'est poursuivie au début de 2011 (+ 0,4% au 1^{er} trimestre sur les secteurs marchands et + 1% en un an, soit 160 000 emplois supplémentaires). La progression de la masse salariale est voisine de 3% en glissement annuel.

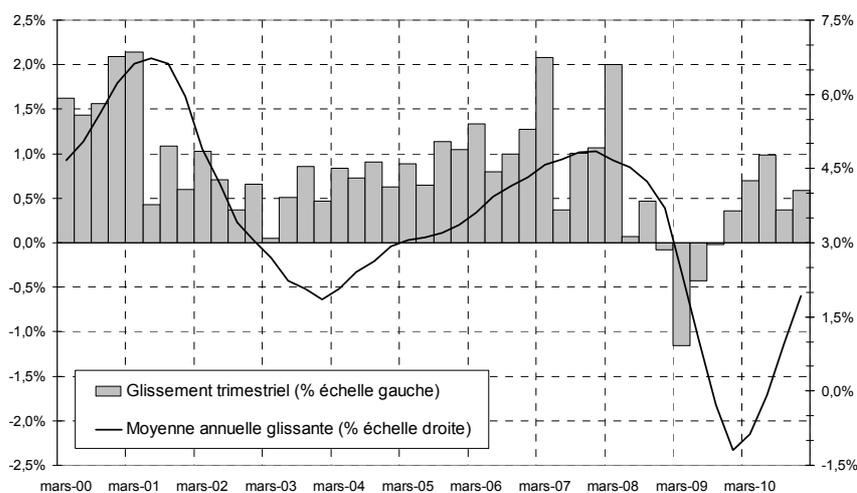
En moyenne annuelle, la prévision pour l'année 2011 est révisée à la hausse à 3,2% (au lieu de 2,9% dans les hypothèses associées à la loi de financement). Elle se décomposerait en une progression de 0,9% des effectifs salariés et une hausse de 2,3% du salaire moyen. Elle resterait légèrement en-deçà de la croissance du PIB en valeur (estimée à 3,5%).

Une hausse des prix d'environ 2%

Les prix à la consommation (hors tabac) ont subi des fluctuations importantes au cours des dernières années, liées pour l'essentiel à l'évolution des cours pétroliers. Le glissement annuel des prix, qui était resté proche de 1,5% sur la plus grande partie de l'année 2010, s'est accéléré au cours des derniers mois sous l'effet de la hausse des cours du pétrole et des matières premières. Il atteint 2,1% en avril 2011.

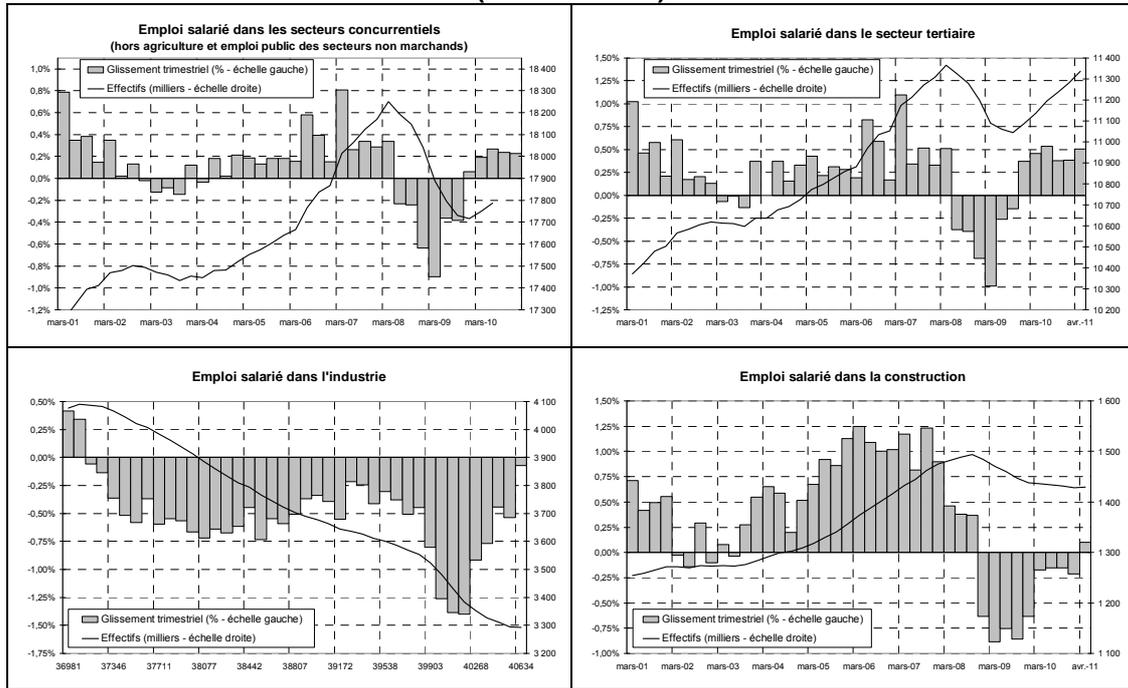
L'hypothèse de hausse des prix (hors tabac) en moyenne annuelle retenue pour 2011 est relevée à 1,8% (au lieu de 1,5% dans la LFSS).

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



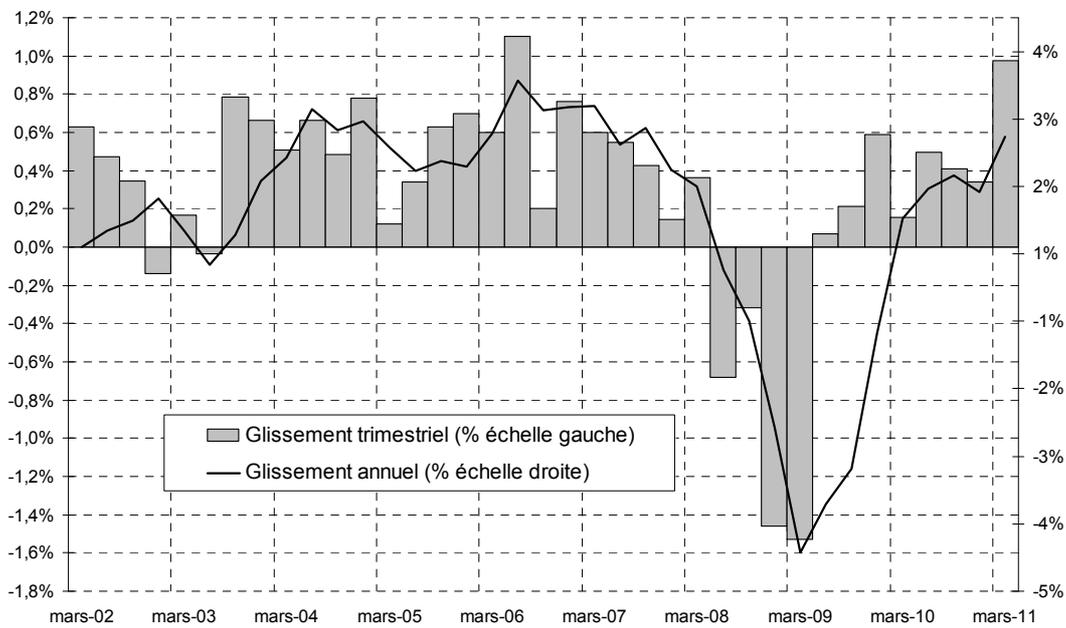
Source : ACOSS

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



Source : INSEE / DARES

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



Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

2.2. L'INCIDENCE REDISTRIBUTIVE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En organisant des transferts entre individus, selon qu'ils réunissent les conditions pour bénéficier d'une prestation sociale, ou qu'ils acquittent des prélèvements sociaux sur leurs revenus, la sécurité sociale participe par nature à la redistribution des revenus. Il est ainsi possible d'évaluer la masse des revenus qui sont réalloués entre les Français au titre des opérations de sécurité sociale, et plus largement de protection sociale, et de mesurer l'apport de ces transferts à la diminution de la pauvreté et à la réduction des inégalités de revenu.

Des prélèvements essentiellement proportionnels, et des prestations de sécurité sociale dont une part significative ne dépend pas du revenu

Les prélèvements sociaux sont proportionnels aux salaires, et plafonnent au sommet de la distribution des revenus

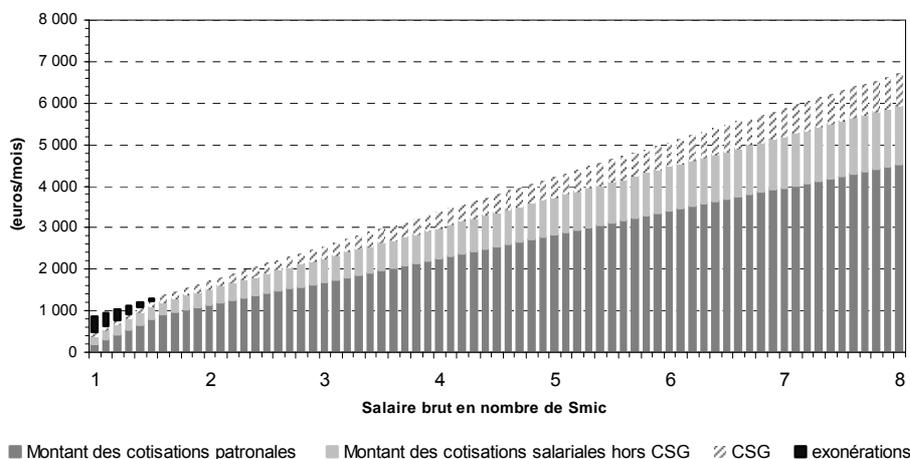
Lorsque l'on analyse les prélèvements sociaux pesant sur les salaires au titre des divers régimes de protection sociale – sécurité sociale, assurance chômage, retraite complémentaire –, on remarque immédiatement qu'ils sont essentiellement proportionnels, indépendamment du plafonnement de certaines cotisations sociales. Ainsi, l'ensemble des prélèvements obtenu en faisant masse des cotisations sociales à la charge des employeurs et des salariés et de la contribution sociale généralisée (CSG) est essentiellement proportionnel aux salaires (*cf.* graphique 1). Le seul élément de progressivité² introduit dans la législation du financement de la protection sociale réside dans les allègements sur les bas salaires – jusqu'à 1,6 Smic –, qui conduisent à augmenter la pente de la courbe liant les prélèvements aux salaires au bas de la distribution de ces derniers, à condition toutefois d'intégrer les cotisations patronales dans la rémunération totale des salariés³.

Cependant, le prélèvement social pèse non seulement sur les salaires, mais plus largement sur l'ensemble des revenus d'activité, et en outre, depuis la création de la CSG en 1991, sur l'ensemble des revenus des ménages. Il est donc pertinent d'observer la part qu'il représente dans ces revenus en fonction de leur montant. Le graphique 2 présente l'évolution des prélèvements sociaux, en part des revenus disponibles, selon la distribution des niveaux de vie. A partir d'un niveau relativement faible dans le 1^{er} décile de niveau de vie (21%), il progresse rapidement jusqu'au 6^{ème} décile (50%), puis de façon plus lente jusqu'au 8^{ème} décile (57%) à partir duquel il reste sensiblement constant. Au total, ce profil de taux de prélèvements traduit une progressivité appréciable des cotisations et contributions sociales, mais qui paraît directement liée au poids des revenus d'activité dans le revenu disponible : faible au bas de la distribution des revenus, ce poids progresse continuellement, puis plafonne et régresse légèrement au sommet de la distribution. Au voisinage des plus hauts revenus, la part des revenus du patrimoine, moins fortement soumis aux prélèvements sociaux, est plus importante, et en outre le plafonnement de l'assiette de certaines cotisations sociales ainsi que les « niches sociales » – revenus exonérés du prélèvement social : intéressement, participation, « stock-options » – jouent dans le sens d'un allègement.

² Un prélèvement est progressif (respectivement dégressif) lorsque sa part dans le revenu taxé s'accroît (respectivement diminue) avec ce revenu. Une prestation dégressive joue dans le même sens, en termes de redistribution, qu'un impôt progressif.

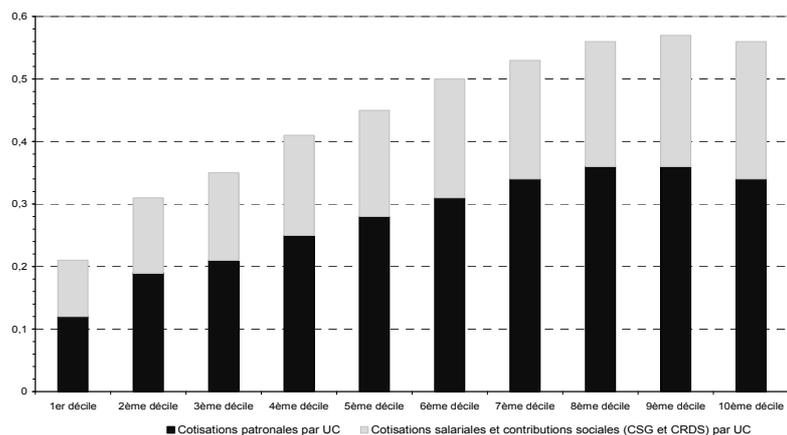
³ La théorie économique de l'incidence fiscale enseigne que ce n'est pas nécessairement l'agent économique qui acquitte un prélèvement qui en supporte effectivement le coût. Dans le cas des cotisations patronales de sécurité sociale, la question est de savoir si une hausse de ce prélèvement se traduira par une hausse globale du coût du travail, ou si les employeurs parviendront à translater cette hausse en diminution des salaires nets perçus par les salariés. Des études économiques valident plutôt cette deuxième hypothèse, du moins à l'issue des ajustements à moyen et long terme des salaires (G. Faggio, S. Nickell, « Patterns of work across the OECD », *Economic Journal*, vol. 117, 2006). A long terme, la rémunération totale du travail serait ainsi relativement indifférente à son partage entre salaires nets, cotisations à la charge des salariés et cotisations patronales.

Graphique 1
Prélèvements sociaux en fonction du salaire brut



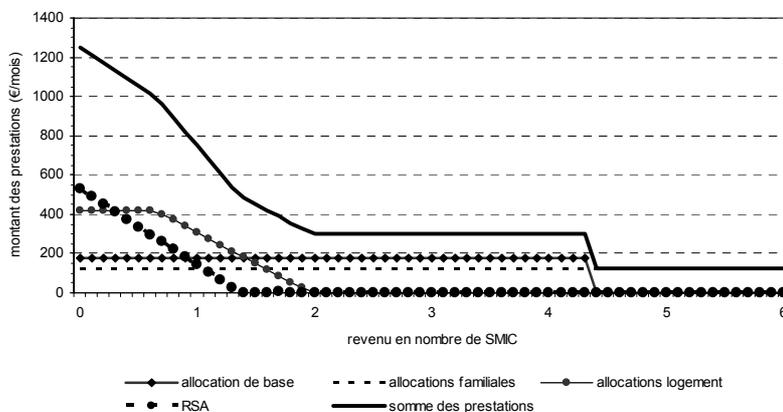
Source : calculs DSS (législation 2010).

Graphique 2
Prélèvements sociaux en fonction du niveau de vie initial



Source : enquête sur les revenus fiscaux et sociaux 2007, actualisée 2009, modèle INES, calculs Drees.

Graphique 3
Montant de quelques prestations sociales en espèces en fonction du revenu (couple bi-actif, avec deux enfants dont un de moins de trois ans)



Source : calculs DSS (législation 2010).

Les barèmes des prestations familiales décroissent très progressivement avec le revenu

Toutefois, dans le domaine de la protection sociale, les prélèvements ont pour contrepartie des prestations sociales, dont un grand nombre de barèmes dépendent eux aussi des revenus des individus⁴. Les prestations contribuent donc au même titre que les prélèvements sociaux à la progressivité de l'ensemble du système de protection sociale. Le graphique 3 présente les montants du revenu de solidarité active (RSA), aux aides au logement et aux prestations familiales, avec et sans conditions de ressources, auxquels peut prétendre une famille avec deux enfants, dont un de moins de trois ans, au sein de laquelle les deux conjoints travaillent, en fonction du revenu d'activité total perçu. On observe que le montant du RSA « activité » perçu décroît rapidement en fonction du revenu, pour s'annuler à 1,4 SMIC. Les aides au logement présentent un profil identique, avec un seuil d'annulation à 2,2 SMIC pour la configuration familiale considérée. En revanche, les prestations familiales dépendent beaucoup moins du revenu : si certaines d'entre elles sont soumises à une condition de ressources, comme le complément familial, les allocations familiales en sont indépendantes ; quant à l'allocation de base de la PAJE, elle est d'un montant constant jusqu'à environ 4,3 SMIC, seuil au-delà duquel elle n'est plus versée.

Ainsi, les dispositifs de sécurité sociale paraissent de prime abord moins progressifs que d'autres dispositifs contribuant à la redistribution des revenus. Les cotisations et contributions sociales sont essentiellement proportionnelles au revenu, quand l'impôt sur le revenu est progressif. Du côté des prestations, si les montants versés du revenu de solidarité active et des aides au logement diminuent rapidement en fonction du revenu, les seuils d'éligibilité sont plus élevés pour les prestations familiales sous condition de ressources.

Cependant le ciblage des prestations sociales vers des groupes défavorisés et la masse des transferts qu'ils déplacent rendent *in fine* décisive leur contribution à la redistribution des revenus

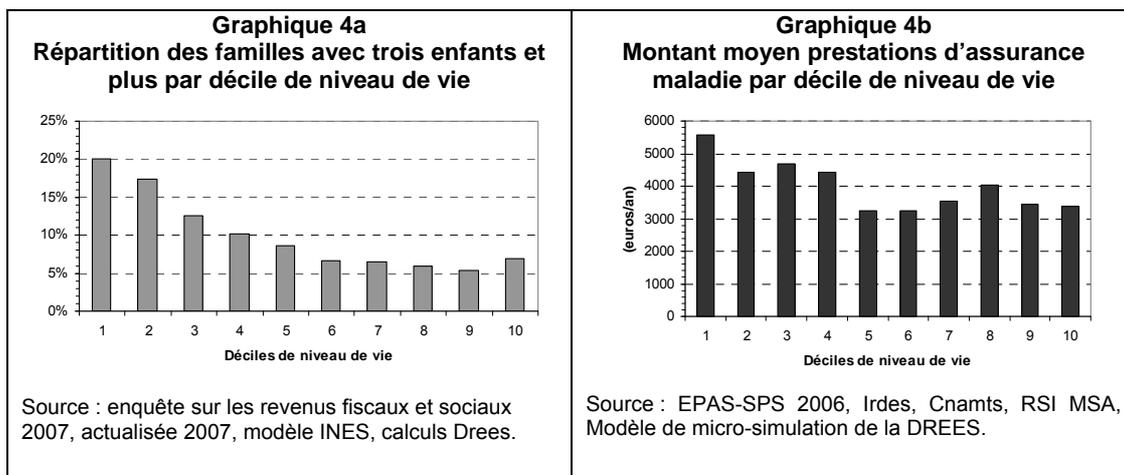
Les prestations familiales et l'assurance maladie bénéficient davantage de fait à des groupes à revenu modeste

La performance redistributive de la protection sociale ne se réduit pas au profil plus ou moins progressif des prestations et de leur financement. Ainsi, certaines prestations sociales ne sont pas liées au revenu de leurs bénéficiaires, mais néanmoins comportent d'autres conditions d'éligibilité qui sont corrélées avec des bas revenus, et bénéficient de fait à des individus défavorisés. Tel est le cas des allocations familiales et des prestations d'assurance maladie (cf. graphiques 4a et 4b). Si les allocations familiales sont versées à toutes les familles quelque soit leur revenu, et sont de montant croissant avec le nombre d'enfants, les familles avec trois enfants et plus ont un niveau de vie plus faible que la moyenne de la population (deux tiers d'entre elles sont situées dans la première partie de la distribution des revenus). Les prestations en nature d'assurance maladie bénéficient également relativement plus aux bas revenus, en raison d'un lien entre état de santé et revenu au niveau individuel.

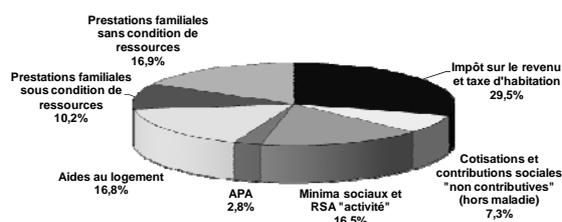
La sécurité sociale transfère des masses considérables de revenu entre les assurés

Une prestation ou un prélèvement au barème fortement progressif n'exercera pas une incidence redistributive majeure s'il conduit *in fine* à ne transférer qu'une faible masse de revenus. A l'inverse, des transferts forfaitaires mais conséquents peuvent réduire significativement les inégalités de revenus. Par exemple, si les revenus primaires s'étagent entre 1 000 et 10 000 € par mois, soit dans un rapport de un à dix, verser à chaque individu une allocation d'un montant de 500 € par mois indépendamment de son revenu, fera varier les revenus après transferts de 1 500 € à 10 500 €, soit dans un rapport de un à sept.

⁴ Ainsi, en 2009, 41% du montant total des prestations familiales et des aides au logement était versé sous condition de ressources (source : CNAF).

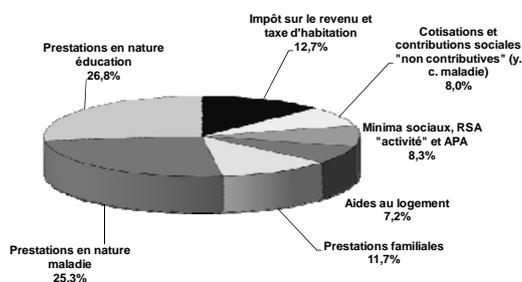


Graphique 5
Contribution des dispositifs sociaux et fiscaux à la redistribution des niveaux de vie (prélèvements sociaux et fiscaux et prestations sociales en espèces)



Source : Insee, enquête « Revenus fiscaux et sociaux », 2009.

Graphique 6
Contribution des dispositifs sociaux et fiscaux à la redistribution des niveaux de vie (prélèvements sociaux et fiscaux et transferts en espèces et en nature)



Source : Insee, enquête « Revenus fiscaux et sociaux », 2009.

Or on peut constater que le système français des prélèvements et des transferts est marqué par une relation négative entre progressivité des barèmes et masse financière des différents dispositifs : les transferts – minima sociaux, aides au logement – et les prélèvements – impôt sur le revenu – les plus progressifs sont ceux qui déplacent les masses de revenu les plus faibles, comparés aux autres dispositifs – cotisations et contributions sociales, prestations familiales avec et sans condition de ressources, prestations en nature de l'assurance maladie. Le produit de la CSG est ainsi très supérieur en 2010 à celui de l'impôt sur le revenu (82,0 Md€ contre 46,9 Md€), comme les montants versés de prestations en nature de l'assurance maladie (149,6 Md€) et de prestations familiales (29,2 Md€) excèdent très significativement les aides au logement (15,9 Md€) et le RSA (5,4 Md€, donnée 2009).

Au total, la sécurité sociale contribue à hauteur de près de la moitié de l'effort de redistribution des revenus

L'Insee réalise annuellement, dans sa publication *France portrait social*⁵ un calcul de la contribution des divers prélèvements et transferts sociaux à la redistribution des revenus (cf. encadré 1 pour une présentation méthodologique des indicateurs d'inégalité des revenus et des calculs de contribution à la redistribution). Cette estimation se limite dans un premier temps aux impôts directs, aux prélèvements sociaux non contributifs⁶ hors maladie et , et aux prestations sociales en espèces – minima sociaux, RSA « activité », allocation personnalisée d'autonomie, aides au logement, prestations familiales. Trois groupes de dispositifs se distinguent, dont l'incidence redistributive des hauts vers les bas revenus est presque identique (graphique 5) :

- les impôts directs (impôts sur le revenu et taxe d'habitation), qui contribuent à hauteur de près de 30% à la réduction des inégalités de revenu ;
- les minima sociaux, le RSA « activité » et les aides au logement, qui contribuent pour environ 33% ;
- les prestations familiales, qui réalisent 27% de l'ensemble de l'effort de redistribution du revenu ; en leur sein, les prestations sans condition de ressources apportent la contribution principale (17%, contre 10% pour les prestations avec condition de ressources).

Ainsi, le système socio-fiscal français présente deux caractéristiques fortes :

- ce sont les prestations sociales – minima sociaux, aides au logement et prestations familiales, essentiellement - qui apportent une contribution essentielle à la redistribution des revenus (63%, contre 37% pour les prélèvements fiscaux et sociaux) ;
- en leur sein, le principal apport redistributif revient aux prestations familiales, puis aux aides au logement, et enfin aux minima sociaux.

On observe ainsi une relation inverse entre progressivité des barèmes et contribution des différents prélèvements et transferts à la redistribution des revenus. Le ciblage implicite des prestations familiales vers des catégories relativement défavorisées, telles que les familles nombreuses, et surtout la masse importante des transferts qu'elles déplacent, constituent les facteurs déterminants de la forte contribution de ces transferts à la réduction des inégalités de revenu.

⁵ *France portrait social*, édition 2010-2011, Insee, octobre 2010.

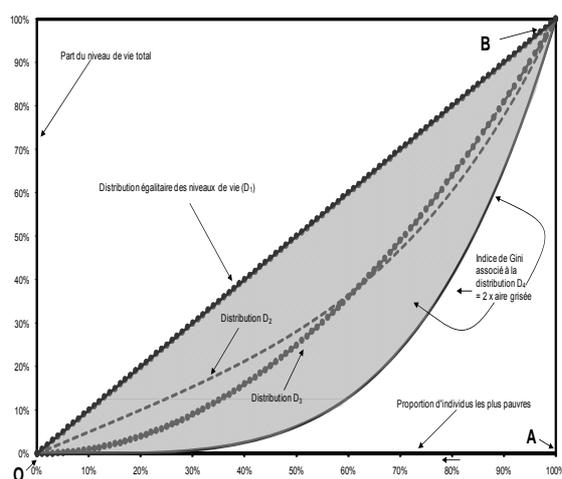
⁶ Considérant que les droits aux assurances vieillesse et chômage sont directement liés au montant et à la durée cotisée par chaque assuré, on fait implicitement l'hypothèse que l'on peut négliger les effets redistributifs liés au fait que tous les individus n'obtiennent pas les mêmes droits à la retraite en fonction de leur revenu et de leur parcours professionnel, ou n'ont pas la même probabilité de rencontrer un épisode de chômage. Bien qu'une telle représentation ne corresponde pas parfaitement à la réalité, elle permet de simplifier les calculs présentés aux graphiques 5a et 5b, et en outre de neutraliser la difficulté qu'entraînerait le traitement de la dimension de report de revenu au cours du cycle de vie que comporte l'assurance vieillesse.

Encadré 1
Indicateurs de dispersion des niveaux de vie
et mesures de la contribution des prélèvements et des transferts à la redistribution des revenus

Une première difficulté de la mesure des inégalités économiques dans leur dimension monétaire réside dans le fait que l'on ne peut comparer directement les revenus de deux individus, mais que l'on doit tenir compte également d'autres caractéristiques susceptibles de différer entre ces individus. Ils peuvent en effet partager leurs ressources avec d'autres membres du ménage auquel ils appartiennent, lesquels peuvent également apporter des revenus ou avoir à leur charge des enfants ou des personnes en nombre variable. C'est pourquoi l'Insee retient une notion de niveau de vie, défini comme le revenu disponible après impôts et transferts sociaux divisé par un nombre « d'unités de consommation » en relation avec la taille du ménage : une unité pour le 1^{er} adulte, 0,5 unité pour le conjoint et les autres personnes âgées de 14 ans et plus, 0,3 unité pour les enfants âgés de moins de 14 ans. Tous les membres d'un même ménage ont donc un niveau de vie identique.

A partir d'une même distribution des niveaux de vie, il est possible de concevoir une grande variété d'indicateurs mesurant le degré d'inégalité de cette distribution. L'un des indicateurs les plus fréquemment utilisés est le rapport inter-décile, qui rapporte le niveau de vie au-dessus duquel se trouvent les 10 % d'individus les plus favorisés, au niveau de vie au-dessous duquel se trouvent les 10 % d'individus les moins favorisés. En 2008, cet indicateur s'établissait à 3,38 (source : Insee). Il peut être calculé pour des seuils différents (80% - 20 %, 95% - 5%, etc.). Cependant, il a pour défaut général de ne pas tenir compte de la répartition des revenus aux extrêmes de la distribution : on observe ainsi que la part des revenus détenus par les 1% d'individus les plus aisés progresse depuis plusieurs années (de 6,5% à 7% entre 2004 et 2008).

C'est pourquoi un autre indicateur d'inégalité des revenus d'utilisation courante, qui utilise l'intégralité de l'information contenue dans une distribution des niveaux de vie, dit indice de Gini, consiste à représenter cette distribution au moyen d'une courbe – dénommée courbe de Lorenz – qui relie en abscisses la proportion x% d'individus dans l'ordre croissant des revenus à, en ordonnées, la part y% de la masse totale des niveaux de vie cumulée par ces individus. Cette courbe est nécessairement située au-dessous de la diagonale - les x% d'individus les plus pauvres ne peuvent pas cumuler plus de x% de la masse des niveaux de vie – et est convexe – prendre en compte les 1% d'individus immédiatement plus favorisés au-dessus des x% les plus pauvres conduit nécessairement à ajouter une part croissante du revenu lorsque x augmente. Une distribution parfaitement égalitaire des niveaux de vie correspond à une courbe de Lorenz confondue avec la diagonale, tandis qu'une distribution inégalitaire à l'extrême – un individu perçoit l'intégralité de la richesse nationale, alors que tous les autres individus sont dépourvus de toute ressource – correspond aux segments OAB sur le graphique ci-dessous. Une distribution des niveaux de vie sera à coup sûr plus inégalitaire qu'une autre si la courbe de Lorenz associée est en tous points plus éloignée de la diagonale que celle correspondant à la première distribution (courbes D₁ et D₄ sur le graphique). Mais il peut arriver que deux courbes de Lorenz se coupent (courbes D₂ et D₃ sur le graphique) : l'indice de Gini, égal à deux fois l'aire comprise entre la diagonale et la courbe de Lorenz, fournit une mesure scalaire de l'inégalité de la distribution des revenus qui permet de comparer ces deux distributions. Il prend la valeur zéro pour une distribution égalitaire des niveaux de vie, et un pour une distribution totalement inégalitaire. En 2008, l'indice de Gini de la distribution des niveaux de vie s'élevait à 0,289 (source : Insee).



Pour calculer la contribution des divers prélèvements et transferts à la réduction des inégalités de revenu, on part de la distribution des niveaux de vie initiaux après intervention de ces prélèvements et transferts, dont on calcule l'indice de Gini. Puis, en conservant la hiérarchie des individus en termes de niveaux de vie initiaux, on retire les uns après les autres les prélèvements et les transferts, et on calcule les indices de Gini des distributions des niveaux de vie privés successivement de l'impact de chacun de ces dispositifs. La contribution d'un dispositif à la réduction des inégalités de revenu est égale à la variation de l'indice de Gini entre la distribution avant et après prise en compte de ce transfert, rapportée à la variation de l'indice de Gini entre la distribution avant et après l'ensemble des prélèvements et transferts.

Ce diagnostic se confirme lorsqu'on élargit l'analyse aux transferts sociaux en nature – assurance maladie et dépenses d'éducation – et aux prélèvements sociaux finançant l'assurance maladie (cf. graphique 6). Ces prestations en nature contribuent à hauteur de plus de la moitié à la redistribution des revenus, bien que leur accès soit garanti à tous les citoyens sans considération de leurs ressources – à l'exception de la couverture maladie universelle complémentaire et des bourses scolaires. Selon cette approche élargie, l'ensemble des transferts, en espèces et en nature, assure 79% environ de l'effort de réduction des inégalités de revenu. On constate également que la sécurité sociale, au travers des cotisations et contributions sociales, de la fraction des aides au logement à la charge de la branche famille, des prestations familiales et de l'assurance maladie, et hormis l'impact redistributif potentiel de la retraite, réalise près de la moitié de cet effort (49% environ). Cela confirme que c'est la masse des revenus transférés des contributeurs aux bénéficiaires des différents dispositifs, bien davantage que la progressivité de leurs barèmes, qui constitue le fait directeur de leur contribution à la réduction des inégalités de revenu.

La contribution de la sécurité sociale à la redistribution des revenus a augmenté depuis une vingtaine d'années

Un rapport récent publié par le Conseil des prélèvements obligatoires⁷ montre que l'apport de la protection sociale et de son financement à la réduction des inégalités de revenu s'est accru au cours des vingt dernières années. Le maintien de la part de la richesse nationale consacrée aux aides aux familles et la substitution de la CSG aux cotisations maladie en 1998, qui a entraîné une certaine progressivité du prélèvement social notamment pour sa composante pesant sur les revenus de remplacement et du patrimoine, expliquent pour l'essentiel ce résultat.

La France apparaît ainsi, selon l'OCDE, comme l'un des rares pays développés dans lequel les inégalités de revenu ont diminué entre 1985 et 2005 (cf. encadré 2).

Le rôle de la sécurité sociale dans la redistribution des revenus passe également par un accès facilité des assurés aux revenus primaires

Au-delà de son incidence sur la distribution secondaire des revenus, la sécurité sociale peut également contribuer à l'accès des individus les moins favorisés aux revenus primaires, et ainsi réduire les inégalités de revenu au stade de la production de la richesse :

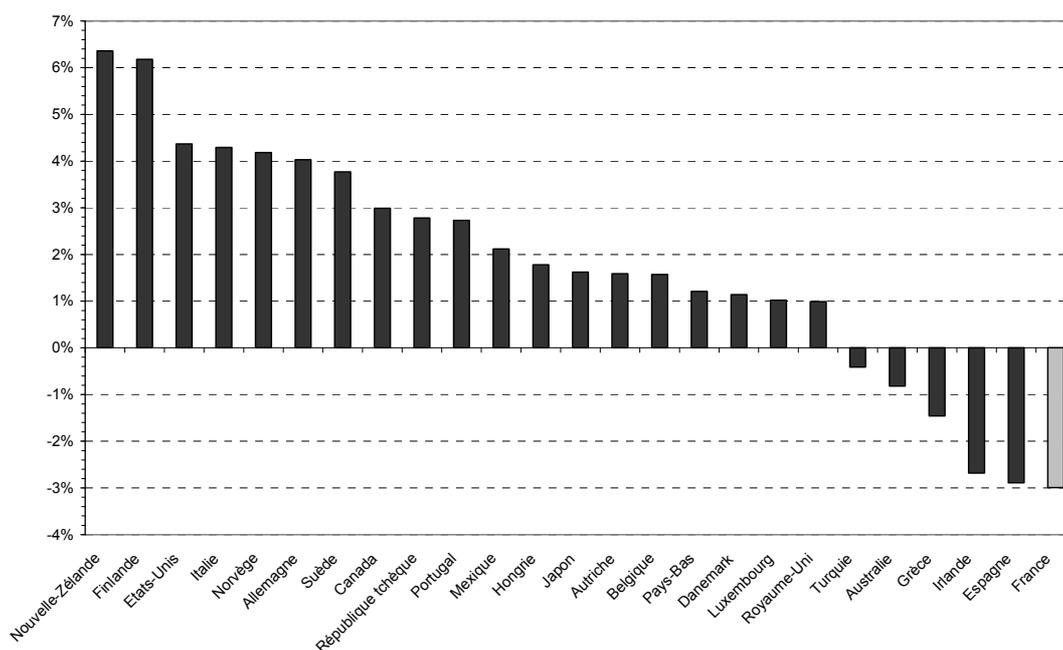
- en permettant à tous les individus d'accéder aux soins sans considération de leur revenu ou de leur risque santé, l'assurance maladie universelle permet à des individus en mauvaise santé de se soigner, et ainsi d'améliorer leur productivité et *in fine* leur capacité de gains sur le marché du travail ;
- la politique familiale, quant à elle, comporte désormais une composante déterminante d'aide à la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales au travers des dispositifs d'aide à l'accueil des jeunes enfants, qui évite l'éloignement durable du marché du travail des parents de jeunes enfants, et préserve ainsi durablement les perspectives de revenu des personnes faiblement qualifiées, tout autant que les ressources en main d'œuvre du pays ; la France bénéficie ainsi d'un taux d'emploi féminin supérieur à la moyenne européenne (77,6% contre 73,1% en 2010 pour les femmes âgées de 25 à 49 ans).

Au total, il est important, pour appréhender dans son intégralité l'impact de la sécurité sociale sur la réduction des inégalités de revenus, de prendre en compte tout à la fois la contribution des prélèvements et des prestations. C'est en effet cet ensemble qui donne son sens complet à l'incidence redistributive de la sécurité sociale, sans omettre d'y ajouter son impact sur l'accès aux revenus primaires.

⁷ *Prélèvements obligatoires sur les ménages : progressivité et effets redistributifs*, rapport du Conseil des prélèvements obligatoires, mai 2011.

Encadré 2**La France est l'un des rares pays développés dans lesquels les inégalités de revenu ont continué à diminuer jusqu'au milieu des années 2000**

En comparaison internationale, la France se distingue comme un pays de niveau élevé de dépenses publiques de protection sociale : selon l'OCDE, celles-ci s'élevaient en 2007 à 28,4% du PIB, contre une moyenne de 19,3% au sein des pays membres de cette organisation. Or, dans une étude publiée en 2008⁸, l'OCDE établit une relation négative robuste entre le poids des dépenses sociales dans la richesse nationale et l'intensité des inégalités de revenu. La France est ainsi le pays dans lequel les inégalités de revenu se sont le plus fortement réduites entre 1985 et 2005, étant observé que seuls six pays sur vingt-quatre étudiés ont connu une réduction des inégalités de revenu au cours de cette période (cf. graphique ci-dessous). Le maintien d'un haut niveau de protection sociale a contribué à ce résultat.

Évolution des inégalités de niveau de vie entre 1985 et 2005

Source : OCDE

Note : les valeurs portées sur le graphique mesurent l'évolution du coefficient de Gini (cf. encadré 1) associé à la distribution des niveaux de vie entre 1985 et 2005 dans chacun des pays représentés.

⁸ Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE, OCDE, octobre 2008.

3. VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES DU REGIME GENERAL

3.1. VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES

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

Les cotisations affectées au régime général se sont élevées à 172,6 Md€ en 2010

Ce montant est en augmentation de 2,2% par rapport à 2009, soit à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (2,05%). Cet écart est imputable dans une large mesure au moindre dynamisme des exonérations de cotisations sociales. En sens inverse, la contraction des cotisations des travailleurs indépendants et la progression plus faible de la masse salariale plafonnée (+1,34% en 2010) par rapport à la masse salariale du secteur privé, ont affecté négativement la progression des cotisations enregistrées respectivement par la CNAF et la CNAV (*cf.* fiche 4-1).

Les cotisations représentent 54% des recettes du régime général en 2010. Elles sont affectées en majorité aux branches maladie et vieillesse à hauteur respectivement de 68,9 Md€ (soit 40% de l'ensemble des cotisations – hors exonérations ou prises en charge par un tiers) et 61,9 Md€ (36% des cotisations). Viennent ensuite les branches famille avec 33,4 Md€ (19%) et accidents du travail avec 8,4 Md€ (*cf.* tableau 1 et graphiques 1 et 2).

La CSG a engendré une recette de 63,4 Md€ pour le régime général en 2010

La CSG affectée au régime général a augmenté de 0,9% en 2010 (*cf.* tableau 2) : la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé évolue à un rythme proche de celui de la masse salariale du secteur privé (1,9%), mais la contraction des autres assiettes (secteur agricole, travailleurs indépendants, fonction publique) vient limiter la progression du produit global (*cf.* fiche 4-2).

En 2011, la CSG affectée au régime général baisserait de 2,4% par rapport à 2010, principalement en raison du transfert, décidé dans le cadre de la reprise de la dette sociale par la CADES, d'une partie de la CSG affectée à la CNAF vers la CADES.

La CSG représente 19,9% des recettes du régime général en 2010, et bénéficie principalement à la CNAM.

31,8 Md€ d'impôts et taxes ont en outre été affectés au régime général en 2010

Les impôts et taxes affectés au régime général (hors CSG) ont augmenté de 0,6% en 2010 (*cf.* tableau 3). Les impôts et taxes affectés en compensation des allègements de cotisations ont diminué de 2,3% en 2010 (*cf.* fiche 4-3), du fait notamment de la mobilisation par l'État de l'excédent prévisionnel du panier de recettes fiscales pour apurer ses dettes vis-à-vis de la sécurité sociale. Cependant, de nouvelles taxes (montée en charge de la contribution sur les mises à la retraite, forfait social, contribution sur les jeux et paris en ligne) ont permis de limiter l'érosion du rendement global des impôts et taxes affectés (*cf.* fiche 4-5).

En 2011, les impôts et taxes affectés au régime général devraient atteindre 36,7 Md€, en progression de 15,3% par rapport à 2010. Ce dynamisme résulte principalement de la contrepartie du transfert de CSG de la CNAF vers la CADES (*cf. supra*), qui se traduit par l'attribution de nouvelles recettes fiscales à la branche famille (*cf.* fiche 4-5).

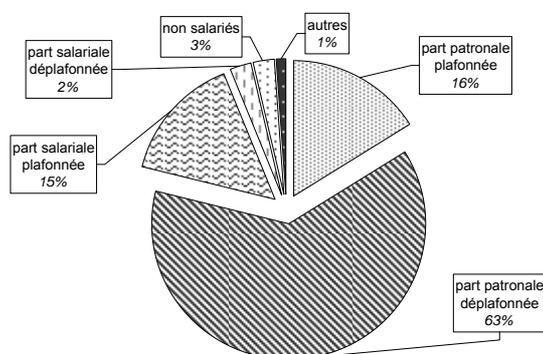
Tableau 1 – Répartition des cotisations par branche du régime général

En millions d'euros

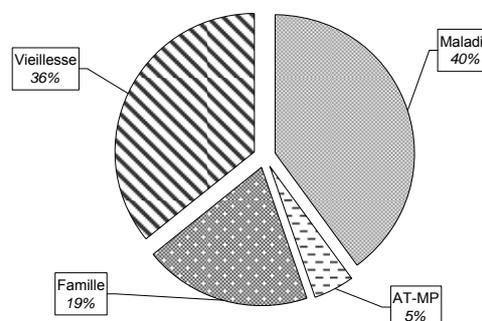
	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
Maladie	67 014	67 157	0,2	68 892	2,6	71 547	3,9
AT-MP	8 359	8 190	-2,0	8 400	2,6	11 132	32,5
Famille	32 586	32 832	0,8	33 427	1,8	34 333	2,7
Vieillesse	60 339	60 786	0,7	61 888	1,8	64 301	3,9
Total régime général	168 297	168 966	0,4	172 607	2,2	181 313	5,0

Source : DSS/SDEPF/6A.

Graphique 1 – répartition des cotisations par assiette en 2010



Graphique 2 – répartition des cotisations par branche en 2010



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 – CSG affectée par branche du régime général

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
Maladie	52 208	50 860	-2,6	51 214	0,7	52 608	2,7
Famille	12 171	11 979	-1,6	12 164	1,5	9 250	-24,0
Total régime général	64 379	62 839	-2,4	63 378	0,9	61 858	-2,4

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 3 - Impôts et taxes affectées (hors CSG) par branche du régime général

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
Maladie	14 608	15 407	5,5	16 218	5,3	18 363	13,2
AT-MP	2 023	1 939	-4,1	1 910	-1,5	249	-87,0
Famille	4 224	4 143	-1,9	3 918	-5,4	7 877	101,1
Vieillesse	9 593	10 140	5,7	9 781	-3,5	10 195	4,2
Total régime général	30 447	31 629	3,9	31 827	0,6	36 684	15,3

Source : DSS/SDEPF/6A.

Ces produits représentent 10% des recettes du régime général en 2010, et bénéficient principalement à la CNAM et à la CNAV.

Les contributions de l'Etat se sont élevées à 3,5 Md€ en 2010

A compter de 2010, plus aucune prestation prise en charge par l'Etat n'est présentée dans les comptes de résultat des caisses du régime général, les prestations en question (API, AAH, ASI) étant enregistrées en compte de tiers. De ce fait, les contributions de l'Etat se limitent aux prises en charge de cotisations en compensation des exonérations spécifiques de cotisations (*cf.* fiche 4-4), qui représentent 1,1% des recettes du régime général.

Ces prises en charge de cotisations par l'Etat ont connu une diminution modeste en 2010 (-1,3%), pour s'établir à 3,5 Md€ après avoir fortement reculé en 2009 à périmètre constant (-15,6%). Cette légère baisse en 2010 s'explique par la diminution de certains dispositifs d'exonération (notamment les exonérations au titre des contrats en ZRR et ZFU) et par le basculement dans le champ des allègements généraux des contrats de professionnalisation. Les exonérations accordées dans le secteur des services à la personne demeurent toutefois dynamiques, et une partie de l'exonération accordée au titre des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) du secteur agricole entre désormais dans le champ des exonérations ciblées compensées par dotation budgétaire. En 2011, les prises en charge de cotisations devraient fortement se contracter (-21,7%) en raison de la suppression de plusieurs dispositifs (avantages en nature dans les hôtels, cafés et restaurants, abattement de 15 points pour les particuliers employeurs...).

Les transferts en provenance d'organismes tiers représentent 31,4 Md€ de recettes pour le régime général en 2010

Ces recettes sont en hausse de 9% en 2010 par rapport à 2009 et devraient connaître une progression de plus de 13% en 2011 pour atteindre 35,7 Md€ (*cf.* fiches 07-01, 07-02 et 07-03). En effet, en plus de la croissance toujours forte des prestations médico-sociales prises en charge par la CNSA, la dégradation du marché du travail conduit encore à une forte hausse des transferts du FSV vers la CNAV au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs. Par ailleurs, la mise en place d'une prise en charge par le FSV des cotisations au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et AT-MP en 2010 au profit de la CNAV (et des régimes alignés) a entraîné un surcroît de transferts du FSV vers la CNAV. En 2011, on observerait une accélération des transferts en conséquence des nouvelles prises en charge de prestations au titre du minimum contributif par le FSV. Les transferts comprennent principalement :

- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale (représentant 2,3 Md€ en 2010, soit une hausse de 6,5% par rapport à 2009) : il s'agit des transferts de compensation, des cotisations et de la soulte versées par le régime des industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, du reversement de cotisations des régimes spéciaux (validations de services...), de la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) prises en charge par le RSI et les régimes maladie des salariés et exploitants agricoles...
- des transferts du FSV vers la CNAV (15,1 Md€ en 2010, +9,6% par rapport à 2009), qu'il s'agisse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ou au titre des périodes de maladie, ou bien du remboursement des majorations de pensions de retraite (dont une part est remboursée au FSV par la branche famille), du minimum vieillesse et du minimum contributif ;
- un transfert vers le régime général au titre de la prise en charge par la CNSA, depuis 2006, des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (soit 14 Md€ en 2010, 8,8% par rapport à 2009).

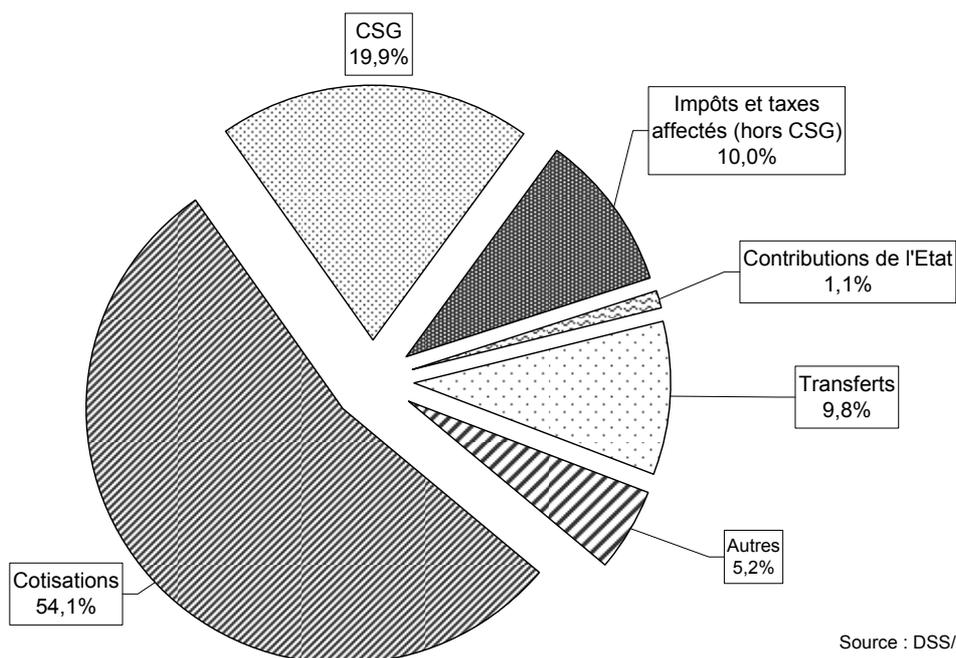
Tableau 3 – Evolution 2008-2011 des recettes du régime général

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
Cotisations	168 297	168 966	0,4	172 607	2,2	181 313	5,0
CSG	64 379	62 839	-2,4	63 378	0,9	61 858	-2,4
Impôts et taxes affectés (hors CSG)	30 447	31 629	3,9	31 827	0,6	36 684	15,3
Contributions de l'Etat	11 219	10 291	-8,3	3 496	-66,0	2 755	-21,2
<i>dont exonérations compensées</i>	4 034	3 406	-15,6	3 359	-1,4	2 628	-21,7
<i>dont prises en charge de prestations</i>	7 049	6 749	-4,3	15	-99,8	14	-1,9
Transferts à la charge d'organismes tiers	26 339	28 818	9,4	31 424	9,0	35 765	13,8
<i>dont autres régimes de base</i>	2 272	2 156	-5,1	2 295	6,5	2 049	-10,7
<i>dont FSV</i>	12 346	13 791	11,7	15 120	9,6	19 123	26,5
<i>dont CNSA</i>	11 721	12 872	9,8	14 008	8,8	14 593	4,2
Autres	14 546	17 112	17,6	16 547	-3,3	16 205	-2,1
Ensemble des produits consolidés	315 228	319 656	1,4	319 278	-0,1	334 579	4,8
Transferts internes au régime général	6 366	6 743	5,9	6 621	-1,8	6 907	4,3
Ensemble des produits	321 594	326 399	1,5	325 899	-0,2	341 487	4,8

Source : DSS/SDEPF/6A.

Graphique 3 – Structure des recettes du régime général en 2010



4. LES COTISATIONS, IMPOTS ET CONTRIBUTIONS PUBLIQUES

4.1. LES COTISATIONS

Les produits de cotisations du régime général, hors contributions prises en charge, s'élèvent à 172,6 Md€ en 2010, et devraient atteindre 181,3 Md€ en 2011

En 2010, les cotisations du régime général ont progressé de 2,2% (après 0,4% en 2009), soit à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (2,05%) mesurée sur le champ de recouvrement des URSSAF, hors particuliers employeurs et grandes entreprises nationales (cf. tableau 1). Cet écart est imputable dans une large mesure au moindre dynamisme des exonérations de cotisations sociales (cf. fiche 05-02) en raison notamment de la baisse de 0,7% des allègements de cotisations sur les bas salaires dont la dynamique est très sensible à la situation du marché de l'emploi.

En revanche, les cotisations des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) ont fortement reculé (-6,2% après +6,7% en 2009) principalement sous l'effet du contrecoup de la modification du calendrier de régularisation des cotisants trimestriels soumis à l'ISU qui a transitoirement majoré les produits de la CNAF en 2009. Enfin, la progression plus faible de la masse salariale plafonnée (+1,34% en 2010) par rapport à la masse salariale du secteur privé s'est traduite par le moindre dynamisme relatif des produits de cotisations de la CNAV, dont 90% proviennent de l'assiette plafonnée.

En 2011, les cotisations devraient progresser de 5,0%, soit un taux nettement supérieur à celui attendu de la masse salariale du secteur privé (3,2%). Cet écart serait dans une large mesure imputable à la forte décade des exonérations liée à l'annualisation du mode de calcul de la réduction « Fillon ». Le relèvement du taux net moyen de cotisation de 0,1 point affecté à la CNAM-AT aurait également un impact positif sur l'évolution des cotisations. L'exclusion des cotisations AT-MP du champ du dispositif des allègements généraux et la répartition de ces exonérations sur les 3 autres branches est par contre neutre sur le solde de chacune des branches mais modifie la répartition entre cotisations et ITAF.

A l'inverse, le gel du point d'indice de la fonction publique entraînerait un ralentissement marqué de la masse salariale du secteur public (1,0% après 2% en 2010). La progression des produits de la CNAF devrait à nouveau être minorée par la légère contraction des cotisations des travailleurs indépendants (-0,6%, après -6,2% en 2010) en raison de la prévision faite d'une baisse notable du nombre de cotisants taxés d'office. La croissance des produits de la CNAV serait équivalente à celle de la CNAM compte tenu d'une évolution de la masse salariale plafonnée (+3,1%) voisine de celle de la masse salariale du secteur privé. Ce dynamisme s'explique par la revalorisation du plafond en 2011 (2,1% après 0,9%) dans le sillage du taux de croissance du salaire moyen en 2010 (cf. fiche 7-1).

En 2010, la valeur d'un point de cotisation déplafonnée est comprise entre 5,0 Md€ et 7,1 Md€ selon les branches

Le rendement d'un point de cotisation déplafonnée sur le secteur salarié privé, soit sur le champ des branches vieillesse et AT, s'élève à 5,0 Md€ en 2010. Un point de cotisation retraites plafonnée sur le même champ vaut 4,2 Md€ (cf. tableau 2).

Les valeurs de points de cotisation maladie et famille sont par définition plus élevées car le champ des assurés relevant de ces branches est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse. En effet, il intègre pour la branche maladie la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils), et pour la branche famille, outre les salariés cités précédemment, les travailleurs indépendants et le secteur agricole (salariés et exploitants). Ainsi, le rendement du point de cotisation déplafonnée atteint 6,2 Md€ pour la branche maladie et 7,1 Md€ pour la branche famille.

Tableau 1 – Cotisations par branche et par type d'assiette (en M€)

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Ensemble du régime général							
Cotisations sur revenus d'activité	166 517	167 022	0,3	170 668	2,2	179 400	5,1
Saliés	162 219	162 437	0,1	166 366	2,4	175 122	5,3
<i>part patronale</i>	132 703	132 903	0,2	136 349	2,6	144 190	5,8
<i>part salariale</i>	29 517	29 534	0,1	30 017	1,6	30 932	3,0
Non salariés	4 298	4 585	6,7	4 302	-6,2	4 278	-0,6
Cotisations sur revenus de remplacement	555	575	3,6	626	8,9	654	4,5
Autres cotisations	878	888	1,1	845	-4,9	818	-3,3
Majorations et pénalités	347	481	38,7	468	-2,6	445	-5,0
Total	168 297	168 966	0,4	172 607	2,2	181 317	5,0
CNAM - Maladie							
Cotisations sur revenus d'activité	66 110	66 205	0,1	67 893	2,6	70 530	3,9
Saliés	65 987	65 957	0,0	67 646	2,6	70 274	3,9
<i>part patronale</i>	62 462	62 457	0,0	64 070	2,6	66 588	3,9
<i>part salariale</i>	3 525	3 500	-0,7	3 576	2,2	3 686	3,1
Non salariés	123	247	100,5	247	-0,1	257	3,9
Cotisations sur revenus de remplacement	555	575	3,6	626	8,9	654	4,5
Autres cotisations	225	207	-8,0	213	3,0	210	-1,5
Majorations et pénalités	124	171	37,9	160	-6,1	152	-5,0
Total	67 014	67 157	0,2	68 892	2,6	71 547	3,9
CNAV							
Cotisations sur revenus d'activité	59 565	59 936	0,6	61 100	1,9	63 545	4,0
Saliés	59 518	59 886	0,6	61 048	1,9	63 493	4,0
<i>part patronale</i>	33 526	33 852	1,0	34 607	2,2	36 247	4,7
<i>part salariale</i>	25 992	26 034	0,2	26 441	1,6	27 246	3,0
Non salariés	47	50	7,6	52	3,2	52	1,6
Autres cotisations	650	678	4,3	629	-7,3	604	-3,9
Majorations et pénalités	124	172	38,8	160	-7,0	152	-5,0
Total	60 339	60 786	0,7	61 888	1,8	64 301	3,9
CNAF							
Cotisations sur revenus d'activité	32 504	32 718	0,7	33 301	1,8	34 217	2,7
Saliés	28 376	28 430	0,2	29 298	3,1	30 248	3,2
<i>part patronale</i>	28 376	28 430	0,2	29 298	3,1	30 248	3,2
Non salariés	4 128	4 287	3,9	4 003	-6,6	3 968	-0,9
Majorations et pénalités	82	115	39,2	126	9,6	119	-5,0
Total	32 586	32 832	0,8	33 427	1,8	34 336	2,7
CNAM - AT							
Cotisations sur revenus d'activité	8 339	8 163	-2,1	8 374	2,6	11 107	32,6
Saliés	8 339	8 163	-2,1	8 374	2,6	11 107	32,6
<i>part patronale</i>	8 339	8 163	-2,1	8 374	2,6	11 107	32,6
Autres cotisations	4	4	3,7	4	-3,6	4	10,2
Majorations et pénalités	17	23	40,6	22	-4,7	21	-5,0
Total	8 359	8 190	-2,0	8 400	2,6	11 132	32,5

Source: DSS / SDEPF / 6A

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

Les cotisations reversées par le régime des industries électriques et gazières à la CNAV sont considérées dans ce rapport comme des transferts et ne figurent donc pas dans ce tableau

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

En millions d'euros

Valeur du point par branche	2008	2009	2010	2011(p)
AT et vieillesse déplaçonnée (1)	4 920	4 870	4 970	5 140
Vieillesse plafonnée (1)	4 120	4 120	4 190	4 330
Maladie (2)	6 100	6 050	6 180	6 360
Famille (3)	6 890	6 940	7 050	7 220

Source: DSS/SDEPF/6A

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

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

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

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

4.2. LA CSG

Les recettes de CSG se sont élevées à 84 Md€ en 2010, en hausse de 1,4% par rapport à 2009⁹. Les trois quarts de ce montant ont été affectés au régime général (CNAM et CNAF), 9,3% aux autres régimes d'assurance maladie, 11,2% au FSV, 2,7% à la CADES et 1,3% à la CNSA. En 2011, la CSG devrait s'établir à 86,2 Md€, soit une progression de 2,7% (cf. tableau 1 et graphique 1).

La CSG est répartie à la hausse en 2010 sans toutefois égaler son niveau de 2008

La CSG assise sur les revenus d'activité a progressé de 0,8% en 2010 après s'être stabilisée en 2009 (cf. tableau 2 et graphique 2). Elle s'établit à 59,5 Md€. Pour la deuxième année consécutive, elle présente un profil d'évolution beaucoup moins heurté que l'évolution de la masse salariale du secteur privé (2,05% en 2010 après une contraction de 1,3% en 2009) mesurée sur le champ de recouvrement des URSSAF, hors particuliers employeurs et grandes entreprises nationales (GEN). A un niveau détaillé, la CSG versée par les salariés du secteur privé *stricto sensu* (hors EPM et non titulaires de la fonction publique) est bien en adéquation avec l'assiette de la CSG sur revenus d'activité du secteur privé hors GEN (1,9% chacune), ce qui pourrait provenir d'une dynamique moins marquée que par le passé des éléments de rémunération assujettis à la CSG sur les revenus d'activité sans être soumis aux cotisations dé plafonnées (en particulier l'intéressement et la participation).

L'écart entre l'évolution de la CSG assise sur les revenus d'activité et la masse salariale du secteur privé s'explique par la dégradation des autres assiettes, alors qu'elles avaient été plus soutenues en 2009. Ainsi, la CSG du secteur agricole (exploitants et salariés) a fortement reculé (-10,2%) reflétant la dégradation des revenus passés ; la baisse de 4,3% de la CSG des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) est à rapprocher de l'évolution des cotisations sur la même assiette. Elle s'explique principalement par contrecoup de la modification du calendrier de régularisation des cotisants trimestriels soumis à l'ISU qui a transitoirement majoré les produits en 2009. Enfin, la CSG assise sur les revenus d'activité des fonctionnaires est restée relativement stable (-0,2%).

La CSG sur les revenus de remplacement a progressé à un rythme vigoureux en 2010 (6,8%). Ce dynamisme ne reflète pas seulement l'évolution des pensions de retraite de base et complémentaires. Il est surtout la conséquence du passage en 2010 d'une comptabilité en caisse à une comptabilité en droits constatés (des produits enregistrés en début d'année 2011 au titre des revenus de remplacement pour un total avoisinant 290 M€ ont été pour la première fois rattachés à l'année antérieure). Par ailleurs, l'impact sur les recettes de la hausse du chômage (les indemnités chômage étant soumises à CSG mais pas à cotisations) est compensé par le moindre recours aux préretraites.

La CSG assise sur les revenus du capital (cf. fiche 05-04) a continué de diminuer en 2010 (-1,8%), mais dans des proportions bien moindres qu'en 2009 (-21,2%). Le rendement de la CSG sur les revenus du patrimoine poursuit sa baisse (-8,2% après -30%) compte tenu de la contraction de l'assiette, la croissance robuste des revenus fonciers n'ayant pas compensé la chute des plus-values mobilières et des revenus des capitaux mobiliers dans le sillage de la baisse du marché boursier. A l'inverse, le rendement de la CSG sur les revenus de placement repart à la hausse (3,6% après -11,8%) en raison de la forte dynamique des plus values immobilières et de l'instauration comme nouvelle mesure de la suppression de l'exonération de prélèvements sociaux en cas de décès de l'assuré d'un contrat d'assurance vie multi-support.

⁹ Les évolutions 2009 peuvent différer de celles présentées dans les précédents rapports de la CCSS compte tenu des modifications retenues dans la prise en compte des effets de structure, qui jouent sur la répartition de la CSG par assiette entre revenus d'activité et revenus de remplacement.

Tableau 1 - CSG par caisse

montants en millions d'euros et évolution en %

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Tous régimes	84 273	82 809	-1,7	84 006	1,4	86 233	2,7
FSV	11 621	9 192	-20,9	9 384	2,1	9 608	2,4
CNSA	1 122	1 098	-2,1	1 124	2,3	1 151	2,4
CADES		2 233		2 270	1,7	5 653	149,0
Régimes de base	71 529	70 286	-1,7	71 227	1,3	69 821	-2,0
Autres régimes maladie	7 151	7 447	4,1	7 849	5,4	7 963	1,5
Régimes général	64 379	62 839	-2,4	63 378	0,9	61 858	-2,4
CNAM	52 208	50 860	-2,6	51 214	0,7	52 608	2,7
CNAF	12 171	11 979	-1,6	12 164	1,5	9 250	-24,0

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

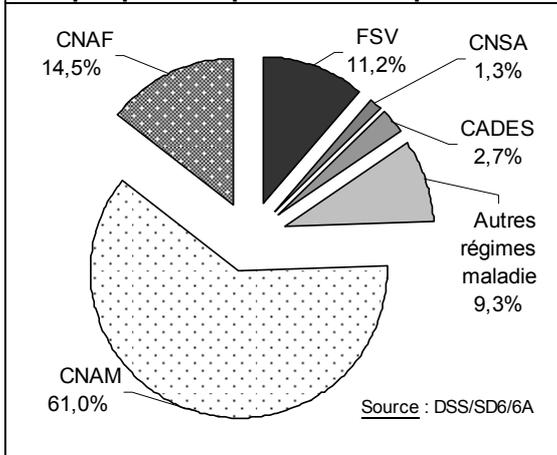
Tableau 2 - CSG par assiette

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG (tous régimes)	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Contribution Sociale généralisée	84 273	82 809	-1,7	84 006	1,4	86 233	2,7
Sur les revenus d'activité	59 042	59 020	0,0	59 514	0,8	61 185	2,8
Sur les revenus de remplacement	13 251	14 146	6,7	15 101	6,8	15 440	2,2
Sur majorations et pénalités	143	197	37,5	212	7,6	200	-5,6
Sur les revenus du capital	11 341	8 941	-21,2	8 779	-1,8	9 076	3,4
<i>Sur revenus patrimoine</i>	<i>5 854</i>	<i>4 100</i>	<i>-30,0</i>	<i>3 763</i>	<i>-8,2</i>	<i>3 882</i>	<i>3,2</i>
<i>Sur revenus placement</i>	<i>5 487</i>	<i>4 841</i>	<i>-11,8</i>	<i>5 016</i>	<i>3,6</i>	<i>5 195</i>	<i>3,6</i>
Sur les jeux	496	506	2,0	400	-21,0	331	-17,2

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

Graphique 1 - répartition 2010 par caisse



Graphique 2 - répartition 2010 par assiette

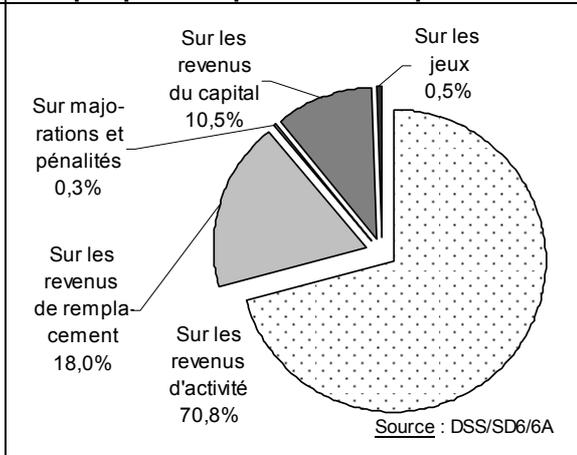


Tableau 3 - Valeur de point par type d'assiette

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Contribution Sociale généralisée	11 362	11 212	-1,3	11 398	1,7	11 699	2,6
Sur les revenus d'activité	7 878	7 875	0,0	7 941	0,8	8 164	2,8
Sur les revenus de remplacement	2 029	2 167	6,8	2 316	6,9	2 367	2,2
Sur majorations et pénalités	19	26	37,5	28	7,6	27	-5,6
Sur les revenus du capital	1 383	1 090	-21,2	1 071	-1,8	1 107	3,4
<i>Sur revenus patrimoine</i>	<i>714</i>	<i>500</i>	<i>-30,0</i>	<i>459</i>	<i>-8,2</i>	<i>473</i>	<i>3,2</i>
<i>Sur revenus placement</i>	<i>669</i>	<i>590</i>	<i>-11,8</i>	<i>612</i>	<i>3,6</i>	<i>633</i>	<i>3,6</i>
Sur les jeux	52	53	2,0	42	-21,0	35	-17,2

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

Compte tenu de la poursuite de l'amélioration de la conjoncture, la CSG progresserait de 2,7% en 2011

L'année 2011 se caractérise par une modification dans la répartition des affectataires de la CSG. Ainsi, la part allouée à la CADES dans le cadre de la reprise de la dette sociale passe de 0,2% à 0,48% au détriment de la CNAF, qui bénéficie en contrepartie d'autres ressources pour compenser ce manque à gagner (cf. tableaux 4 et 5, et fiche 04-05).

La CSG sur les revenus d'activité progresserait de 2,8%. La prévision de masse salariale (3,2%) se répercuterait sur les recettes de CSG versée par les salariés du secteur privé qui bénéficieraient également de l'impact de deux mesures, à savoir l'instauration de la « prime dividendes » à compter de 2011 (pour un montant estimé à 190 M€, cf. fiche 04-05) et le plafonnement de l'abattement au titre des frais professionnels (35 M€) ; au total, la CSG versée par les salariés du secteur privé progresserait de 4%.

Les évolutions des autres assiettes seraient par contre beaucoup plus mesurées : la CSG assise sur les revenus d'activité du secteur public se stabiliserait (0,2%) compte tenu du gel du point d'indice de la fonction publique. Il en va de même pour la CSG du secteur agricole (0,2%). La hausse de la CSG sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants resterait également limitée (0,6%) en raison notamment de la baisse attendue du nombre de cotisants taxés d'office qui, parmi d'autres mesures, minorerait les produits d'environ 320 M€.

La CSG sur les revenus de remplacement ralentirait fortement (2,2%) principalement sous l'effet du contrecoup du passage à une comptabilité en droits constatés en 2010 qui a transitoirement majoré les produits. Par ailleurs, la CSG assise sur les indemnités de chômage baisserait de 15,9% en lien avec la décrue actuellement à l'œuvre alors que la baisse de la CSG assise sur les préretraites se poursuivrait.

La CSG sur les revenus du capital progresserait de 3,4% en 2011 dans le contexte d'un environnement économique plus porteur. La hausse concernerait à la fois la CSG sur les revenus du patrimoine (3,2%), du fait de revenus fonciers orientés à la hausse, et la CSG sur les revenus de placement (3,6%) avec en particulier l'instauration du prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euro des contrats multi-support.

La répartition de la CSG maladie devrait redevenir favorable à la CNAM en 2011 (cf. tableau 6)

En 2010, l'amélioration progressive de la situation économique a entraîné un léger rebond de la CSG maladie (1,3% après -1,8%). Cependant, compte tenu des règles de revalorisation de la CSG attribuée aux régimes autres que la CNAM (elle est fonction du taux d'évolution de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement avec un décalage de deux ans, soit pour 2010 celle de l'année 2008, à savoir 5,4% - cf. encadré 1), le partage a été une nouvelle fois défavorable à la CNAM, dont la recette n'a progressé que de 0,7% (soit 0,6 point de moins que l'évolution d'ensemble de la CSG maladie).

En 2011, la poursuite de l'amélioration de l'environnement économique et le redémarrage de la CSG sur les revenus du capital devraient se traduire par un rebond de la CSG maladie qui progresserait de 2,6%. En termes de partage, la situation devrait s'inverser: la part affectée à la CNAM augmenterait de 2,7% alors que la CSG des autres régimes maladie, qui a été fixée par arrêté, croîtra de seulement 1,4%.

Tableau 4 : décomposition du taux de CSG assise sur les revenus d'activité par branche (hormis les non salariés)

	2008	2009	2010	2011
MALADIE	5,29	5,29	5,29	5,29
FAMILLE	1,08	1,08	1,08	0,80
VIEILLESSE (FSV)	1,03	0,83	0,83	0,83
CNSA	0,10	0,10	0,10	0,10
CADES		0,20	0,20	0,48
Total CSG	7,50	7,50	7,50	7,50

Tableau 5 : décomposition du taux de CSG assise sur les revenus du capital par branche

	2008	2009	2010	2011
MALADIE	5,95	5,95	5,95	5,95
FAMILLE	1,10	1,10	1,10	0,82
VIEILLESSE (FSV)	1,05	0,85	0,85	0,85
CNSA	0,10	0,10	0,10	0,10
CADES		0,20	0,20	0,48
Total CSG	8,20	8,20	8,20	8,20

Encadré 1 : la répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie

Les montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que le régime général sont fixés chaque année par arrêté. Les montants initiaux qui ont servi de base de calcul pour ce mécanisme de répartition ont été déterminés pour chacun des régimes sur la base des pertes de cotisations maladie au titre de 1998, lorsque la CSG s'est substituée presque intégralement à ces cotisations. Pour chaque année, les montants de CSG affectés à chacun des régimes autres que la CNAM sont établis en fonction des montants attribués l'année précédente, revalorisés de la progression des revenus d'activité et de remplacement entre les deux années précédentes : pour la fixation des montants en 2011, les montants 2010 ont été revalorisés de la hausse des revenus d'activité et de remplacement entre 2008 et 2009 à législation constante. Ce mécanisme se traduit par des décalages temporels importants entre l'évolution des revenus et celle des montants de CSG affectés aux régimes.

Tableau 6 : CSG maladie par régime bénéficiaire

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG Maladie	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Ensemble	59 359	58 308	-1,8	59 064	1,3	60 571	2,6
CNAM	52 208	50 860	-2,6	51 214	0,7	52 608	2,7
Salariés agricoles	1 212	1 262	4,1	1 330	5,4	1 350	1,4
CNMSS	855	890	4,1	938	5,4	952	1,4
Mines	191	199	4,1	210	5,4	213	1,4
SNCF	571	595	4,1	627	5,4	636	1,4
RATP	102	106	4,1	112	5,4	114	1,4
ENIM	80	83	4,1	87	5,4	89	1,4
CRPCEN	117	122	4,1	128	5,4	130	1,4
Exploitants agricoles	1 025	1 068	4,1	1 125	5,4	1 141	1,4
CANAM	2 957	3 079	4,1	3 245	5,4	3 292	1,4
CAVIMAC	33	35	4,1	36	5,4	37	1,4
CCIP	8	8	4,1	9	5,4	9	1,4
Port autonome de Bordeaux	1	1	4,1	1	5,4	1	1,4

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

4.3. LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS GÉNÉRALES DE COTISATIONS

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la compensation par l'Etat des *allègements généraux en faveur des bas salaires* (principalement la réduction Fillon) est effectuée par affectation d'un panier de recettes fiscales, dont la composition a été modifiée par les lois de finances successives (cf. tableau 1). A compter du 1^{er} janvier 2011, ces allègements ne sont plus compensés directement par le panier de recettes fiscales, et les impôts et taxes qui le composaient sont désormais définitivement affectés aux organismes de sécurité sociale.

Les *allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires*, mis en œuvre dans le cadre de la loi sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (TEPA), sont exactement compensés depuis leur mise en œuvre (1^{er} octobre 2007) par les recettes fiscales présentées dans le tableau 6. Cette compensation reste réalisée à l'euro l'euro en 2011.

Les recettes fiscales finançant les allègements généraux sur les bas salaires ont baissé en 2010, suite à l'opération d'apurement des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale

En 2010, le premier panier de recettes fiscales, destiné à financer les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires, a apporté 21 Md€ de recettes au régime général, soit une baisse de 2,3% par rapport à 2009 (cf. tableau 3). Cette baisse résulte de l'utilisation par l'Etat de l'excédent du panier pour apurer ses dettes vis-à-vis de la sécurité sociale. Cet excédent, qui aurait été enregistré dans les comptes du régime général en l'absence de cette opération, s'est trouvé annulé, et le bilan de la compensation des allègements par le panier affiche même un solde négatif (-78 M€).

En effet, l'article 82 de la loi de finances rectificative (LFR) du 29 décembre 2010 a affecté la plus grande partie de l'excédent du panier fiscal, soit l'équivalent de 13,8 points des droits de consommation sur les tabacs, à l'apurement des dettes brutes recensées à fin 2009 par l'état semestriel au 30 juin 2010 (pour une dette totale de 1,3 Md€, cf. fiche 16.1). Par ailleurs, une fraction de ces droits (1,85%) a été affectée au deuxième panier de recettes fiscales relatif aux exonérations sur les heures supplémentaires, afin d'assurer leur compensation intégrale. Au total, le premier panier de recettes a donc vu la part des droits tabacs affectés en 2010 au régime général passer de 33,36% en LFSS à 17,71% (ce qui représente 1,6 Md€ de recettes en moins), contre 31,91% en 2009 (cf. tableau 4).

En dehors de cette opération, les impôts et taxes du premier panier ont tous dégagé un rendement supérieur à celui constaté en 2009. C'est particulièrement le cas pour les autres prélèvements sur le tabac (TVA brute et droits de licence), dont les rendements progressent respectivement de 9,6% et 6,7%, et pour la TVA sur les produits pharmaceutiques (4,3%). La progression du rendement de la taxe sur les salaires (2,8%) résulte principalement du faible montant enregistré en 2009 (la surestimation des PAR 2008 a gonflé artificiellement le rendement en droits constatés en 2008, et minoré celui de 2009), et masque une dynamique économique moins marquée (progression de 1,3% hors erreur de PAR).

Les recettes composant le panier, désormais affectées définitivement à la sécurité sociale, devraient augmenter faiblement en 2011

En 2011, les impôts et taxes composant le panier dégageraient un rendement global de 21,1 Md€, en progression de 0,7%. L'analyse de la dynamique sur le seul champ du régime général est toutefois perturbée par la suppression de la compensation des allègements par ces recettes, qui sont désormais affectées, selon les clés présentées dans le tableau 2, directement aux différents organismes de sécurité sociale. En effet, les dynamiques propres

Tableau 1 – Evolution de la composition du premier panier de recettes fiscales destiné à financer les allègements de cotisations sur les bas salaires

2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taxe sur les salaires (95%)	Taxe sur les salaires (100%)				Suppression de la compensation des allègements généraux par le panier de recettes fiscales, et attribution directe à la sécurité sociale des anciennes recettes du panier (cf. tableau 2)
Droit de consommation sur les alcools					
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées					
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels					
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs					
Droit de consommation sur les tabacs					
	8,61%	10,26%	31,91%	17,71%	
Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs					
TVA brute collectée par les commerçants de gros de produits pharmaceutiques					
Contribution sur les véhicules terrestres à moteurs					
Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire					

Les affectations par la loi d'impôts et taxes dans les paniers de recettes se font sur la base des encaissements-décaissements de l'exercice. Or les sommes encaissées en début d'année sont comptablement rattachées à l'exercice précédent en tant que produits à recevoir (PAR). Ainsi, les modifications des paniers de recettes une année donnée impactent comptablement l'année précédente.

Tableau 2 – Nouvelle affectation des recettes fiscales qui composaient le premier panier, à compter du 1^{er} janvier 2011

Recette	Affectataire	Taux
Taxe sur les salaires	CNAV	59,90%
	CNAF	23,40%
	FSV	16,70%
Droits de consommation sur les tabacs	CNAMTS	8,02%
	CNAMTS-AT	1,58%
	CNAF	12,57%
	CCMSA	10,00%
	Autres régimes, dont :	0,66%
	CPRP SNCF	0,23%
	CRPCEN	0,24%
	ENIM	0,15%
	CANSSM	0,02%
CRP RATP	0,01%	
Droit de licence sur les débitants de tabacs	CNAMTS	100,0%
TVA tabacs	CNAMTS	100,0%
TVA pharmaceutiques	CNAMTS	100,0%
Contribution VTMM	CNAMTS	100,0%
Taxe prévoyance	CNAMTS	100,0%

Tableau 3 – Les recettes fiscales destinées à financer les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2 093	0	--	0	--	0	--
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	85	0	--	0	--	0	--
Droit de circulation sur les vins, cidre, poirés et hydromels	95	0	--	0	--	0	--
Droit sur les bières et boissons non alcoolisées	318	0	--	0	--	0	--
Droit de consommation sur les alcools	1 595	0	--	0	--	0	--
Taxes tabacs	4 419	6 190	40,1	5 246	-15,2	6 338	20,8
Droit de consommation sur les tabacs	1 235	3 015	++	1 773	-41,2	2 588	45,9
TVA brute sur les tabacs	2 919	2 903	-0,6	3 182	9,6	3 437	8,0
Droit de licence sur les débitants de tabacs	265	273	++	291	6,7	314	8,0
ITAF acquittés par des personnes morales	12 369	12 188	-1,5	12 511	2,6	11 344	-9,3
Taxe sur les salaires	10 805	10 615	-1,8	10 913	2,8	9 643	-11,6
Taxe sur les contributions à la prévoyance	655	673	2,6	686	2,0	736	7,2
Taxe sur les primes d'assurance automobile	908	901	-0,8	911	1,2	966	5,9
Taxes sur les médicaments	2 996	3 073	2,6	3 205	4,3	3 435	7,2
TVA brute sur les produits pharmaceutiques	2 996	3 073	2,6	3 205	4,3	3 435	7,2
Rendement total du 1er panier fiscal	21 877	21 451	-1,9	20 962	-2,3	21 118	0,7
Allègements généraux	21 667	21 196	-2,2	21 039	-0,7		
Solde	211	255		-78			

Source: DSS/SDEPF/6A

à chacune de ces taxes induisent des évolutions différentes des recettes affectées à chacune des branches du régime général et chacun des autres régimes bénéficiant de ces taxes, et ne reflètent plus la dynamique d'ensemble du panier. Les évolutions présentées au tableau 3 traduisent le rendement total de chaque prélèvement.

Le tableau 5 présente **le bilan de la compensation** des allègements par branche du régime général en 2010, et procède à une projection de ce que serait ce bilan en 2011 avec les nouvelles règles de répartition des recettes fiscales. Ainsi, alors que la CNAM a supporté 41,3% du déficit du panier en 2010, elle aurait bénéficié de 52,9% de l'excédent du panier en 2011 si le mécanisme de compensation avait été prolongé. La CNAV et la CNAF, qui ont assumé respectivement 25,5% et 28,9% du solde en 2010, seraient perdantes, avec les nouvelles règles, par rapport à ce qu'elles auraient perçu avec la répartition antérieure. En effet, ces deux caisses reçoivent à compter de 2011 une fraction de la taxe sur les salaires dont la progression en 2011 (1,7% sur le champ tous régimes) serait ralentie par la faible croissance de la masse salariale des établissements publics (principalement les hôpitaux). Inversement, la CNAM perçoit tout ou partie des autres recettes, dont le rendement global (tous régimes) devrait être plus dynamique en 2011 (3,6% pour les taxes sur les tabacs, suite à la hausse de prix de novembre 2010 – cf. fiche 5.3 -, et 2,9% sur la TVA sur les produits pharmaceutiques). La CNAM-AT n'enregistre plus d'exonérations à partir de 2011 (les allègements seront répartis sur les trois autres caisses du régime général), mais continuera à percevoir, en 2011 et 2012, une fraction de droits tabacs.

Les recettes fiscales du second panier progressent sensiblement

En 2010, le rendement du second panier fiscal, affecté à la compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, a procuré 3 Md€ de recettes au régime général, soit une progression de 4,2% par rapport à 2009. Les évolutions enregistrées suivent la dynamique des exonérations, et s'expliquent par la reprise de l'activité économique et l'augmentation des volumes d'heures supplémentaires qui en découle (cf. fiche 5.02).

La TVA brute sur les producteurs d'alcool, principale recette du second panier, affiche un rendement en baisse de 2% par rapport à 2009, mais cette baisse est compensée par la progression du produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (qui évolue comme l'impôt sur les sociétés), dans le sillage de l'amélioration de la conjoncture. Le produit des droits tabacs est majoré par le basculement, décidé en LFR pour 2010, d'une fraction des droits (1,85%) du premier panier vers le second ; le rendement est toutefois en baisse par rapport à 2009, car la part des droits tabacs affectés en 2009 était supérieure (3,99% contre 3,15%). En dépit de cette fraction supplémentaire, le second panier de recettes affichait fin 2010 une insuffisance de 69 M€ par rapport aux exonérations concernées, ce qui s'est traduit par l'inscription d'une dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale d'un montant identique (ligne « autres impôts et taxes affectés »), pour parvenir à l'équilibre.

En 2011, le rendement du second panier fiscal continuerait de progresser (5,7%). La stabilité du produit de la TVA brute sur les producteurs d'alcools (0,3%) et la baisse du produit des droits tabacs induite par celle de la fraction allouée au second panier (1,30% des droits contre 3,15% en 2010) implique un besoin supérieur de CSB pour équilibrer le panier¹⁰, d'où l'inscription d'une croissance très forte du produit de cette contribution (+ 56,7%).

Le bilan de la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires est normalement équilibré sur la période, ces exonérations étant compensées à l'euro l'euro. En 2010 et 2011 toutefois, cette règle n'est pas exactement respectée : un montant excessif de droits tabacs (12 M€) a été comptabilisé en 2010, ce qui donnera lieu à une régularisation négative d'un même montant sur l'exercice 2011.

¹⁰ Le second panier de recettes devant compenser exactement le montant de l'exonération TEPA, le bouclage se fait, par convention, en inscrivant un produit de CSB permettant d'équilibrer le panier. Si le rendement total réel de CSB ne permet pas d'inscrire un tel produit, une autre recette doit être affectée, ce qui fut par exemple le cas en 2009 et en 2010 avec l'ajout d'une fraction de droits tabacs destiné à compenser le rendement insuffisant de la CSB.

Tableau 4 – Conséquences de la LFR pour 2010 et de la LFSS pour 2011 sur l'attribution des droits tabacs par rapport à la CCSS de septembre 2010

	CCSS septembre 2010		LFR pour 2010 du 29 décembre 2010		LFSS 2011	
	2010	2011	2010	impact	2011	impact
Premier panier fiscal	33,36%	33,36%	17,71%	-15,65%		-33,36%
Second panier fiscal	1,30%	1,30%	3,15%	1,85%	1,30%	
CNAMTS	38,81%	38,81%	38,81%		53,52%	14,71%
CNAM-AT					1,58%	1,58%
CNAF					12,57%	12,57%
MSA (exploitants agricoles)	20,57%	20,57%	20,57%		17,33%	-3,24%
MSA (salariés agricoles)					10,00%	10,00%
Autres régimes					0,66%	0,66%
Autres (FCAATA, FNAL)	1,79%	1,79%	1,79%		1,79%	
Etat (budget, fonds de solidarité et apurement des dettes)	4,17%	4,17%	17,97%	13,80%	1,25%	-2,92%
Total	100%	100%	100%	0%	100%	0%

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 5 – Bilan par caisse de la compensation des allègements généraux sur les bas salaires en 2010 et projection de ce bilan en 2011

En millions d'Euros

2010	CNAM-M	CNAVTS	CNAF	CNAM-A	RG
Allègements généraux	8 805	6 574	3 818	1 842	21 039
"1er panier fiscal"	8 773	6 555	3 796	1 839	20 962
Solde	-32	-20	-22	-3	-78
<i>Répartition du solde</i>	<i>41,3%</i>	<i>25,5%</i>	<i>28,9%</i>	<i>4,2%</i>	<i>100%</i>
2011	CNAM-M	CNAVTS	CNAF	CNAM-A	RG
Allègements généraux	8 830	6 632	3 899	0	19 361
Recettes fiscales directement affectées	9 761	6 934	4 250	172	21 118
Solde	931	302	351	172	1 756
<i>Répartition du solde</i>	<i>53,0%</i>	<i>17,2%</i>	<i>20,0%</i>	<i>9,8%</i>	<i>100%</i>

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 6 – Evolution de la composition du second panier de recettes fiscales destiné à financer les allègements de cotisations sur les heures supplémentaires

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

Tableau 7 – Les recettes fiscales destinées à financer les allègements de cotisations sur les heures supplémentaires

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011(p)	%
TVA brute sur les producteurs d'alcools	1 989	1 921	-3,5	1 882	-2,0	1 887	0,3
Contribution sociale sur les bénéfices des sociétés	896	567	-36,7	719	26,8	1 137	58,1
Droits de consommation tabacs	0	381	++	317	-16,7	121	-62,0
Autres impôts et taxes affectés	0	0	--	69	++	0	--
Rendement total du 2ème panier fiscal	2 886	2 868	-0,6	2 987	4,2	3 145	5,3
Exonérations heures supplémentaires et rachat RTT	2 886	2 868	-0,6	2 976	3,7	3 157	6,1
Solde	0	0		12		-12	

Source: DSS/SDEPF/6A

4.4. LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS CIBLÉES DE COTISATION

Les mesures d'exonérations de cotisations sociales en faveur de l'emploi sont analysées de manière exhaustive dans la fiche 5-2. Elles couvrent à la fois des mesures à vocation générale (allègements dits « Fillon » ainsi que les exonérations des heures supplémentaires et des rachats de RTT) et des mesures ciblées qui peuvent être de deux types : il peut s'agir d'allègements compensés par l'Etat (*via* les dotations budgétaires ou l'affectation de recettes fiscales) ou d'exonérations ne donnant pas lieu à une compensation de la perte de recettes. Le champ de cette fiche s'étend exclusivement aux mesures d'exonérations spécifiques de cotisations donnant lieu à une compensation par dotation budgétaire de l'Etat.

Après avoir marqué une pause en 2010, la baisse des cotisations prises en charge par l'Etat s'accentuerait en 2011

En 2010, les cotisations prises en charge par l'Etat se sont relativement stabilisées (-1,3%) pour s'établir à 3,4 Md€ après avoir fortement reculé en 2009 (-15,6%). Elles devraient de nouveau considérablement baisser en 2011 (-21,7%).

Les exonérations en faveur de certaines catégories de salariés diminueraient de 13,1% en 2011 après avoir déjà baissé de 6,5% en 2010. En particulier, on assiste sur l'ensemble de la période à la suppression progressive de l'exonération spécifique accordée au titre des contrats de professionnalisation qui ouvrent droit désormais aux allègements généraux de cotisations. L'exonération de cotisations patronales sur les avantages en nature « repas » dans les HCR (hôtels, cafés, restaurants) a été supprimée au 1^{er} janvier 2011, ce qui devrait représenter une économie de 170 M€. A l'inverse, on assiste à la montée en charge du dispositif du service civique.

La baisse tendancielle des allègements en faveur de certaines zones géographiques a été particulièrement prononcée en 2010 (-12,2%) mais elle devrait être moins marquée en 2011 (-2,0%). Les dispositifs en faveur de la création d'emplois dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones franches urbaines (ZFU) ont fortement baissé du fait des changements des barèmes d'exonération intervenus depuis 2008 dans les ZRR et depuis 2009 dans les ZFU. On devrait en revanche assister en 2011 à la montée en charge du dispositif en faveur de la création d'emplois dans les zones de restructuration de défense.

Les allègements en faveur de l'emploi à domicile ont continué d'être très dynamiques en 2010 (+10,2%), portés par le développement du secteur, mais disparaîtraient quasiment en 2011. L'abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations patronales dues par les particuliers employeurs cotisant au réel a été supprimé au 1^{er} janvier 2011 ce qui représenterait pour l'Etat une économie de plus de 270 M€.

Les autres exonérations ciblées compensées ont quasiment doublé en 2010 pour retrouver un niveau avoisinant celui de 2008, puis reculeraient de 4,7% en 2011. Le profil heurté sur les années 2009 et 2010 s'explique dans une large mesure par des régularisations négatives au profit de l'Etat en 2009, liées au changement intervenu dans le champ des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). La hausse des prises en charge par l'Etat en 2010 est également imputable à la sortie, depuis le 1^{er} janvier 2010, du dispositif « Fillon » des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) du secteur agricole qui bénéficient désormais d'une exonération ciblée. Le recul attendu en 2011 des autres exonérations ciblées compensées est à rapprocher de l'instauration d'un plafond et d'un barème dégressif pour l'exonération de cotisations accordées aux jeunes entreprises innovantes.

Tableau 1 – Cotisations prises en charge par l'Etat

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1 484	1 245	-16,1	1 164	-6,5	1 012	-13,1
Apprentissage	879	920	4,7	923	0,4	974	5,5
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	401	132	-67,2	48	-63,4	17	-64,5
Contrats initiative emploi	30	19	-34,8	13	-34,8	0	-98,8
Paniers repas des salariés des hôtels cafés restaurants	161	162	0,3	169	4,4	-1	--
Service civique	0	1	++	0	--	10	--
Autres allègements	14	12	-9,8	11	-8,6	11	-0,3
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	1 722	1 471	-14,6	1 290	-12,2	1 265	-2,0
Loi de programme pour l'outre-mer	988	974	-1,4	921	-5,4	903	-2,0
Salariés en Zones Franches Urbaines	323	246	-23,7	165	-32,9	137	-16,9
Créations d'emploi en ZRR	384	224	-41,7	179	-19,8	172	-4,2
Créations d'emploi en ZRU	6	4	-30,4	2	-46,9	2	12,4
Autres allègements	22	23	1,3	23	0,1	51	123,0
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	448	515	14,8	567	10,2	30	-94,8
Abattement de 15 points pour les EPM	256	278	8,5	305	10,0	29	-90,6
Extension du champ des activités exonérées	192	237	23,3	261	10,4	1	-99,6
Abondement des entreprises au CESU	0	0	--	0	--	0	--
Autres exonérations	380	174	-54,3	338	94,1	322	-4,7
Détenus et rapatriés	74	75	2,4	93	23,5	102	9,9
Jeunes entreprises innovantes	119	134	12,8	140	4,5	98	-30,0
Droit à l'image des sportifs	32	40	23,7	18	-56,3	4	-76,9
Porteurs de presse	0	5	++	17	258,4	15	-14,0
Micro-entreprises	3	21	++	0	--	27	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	122	-137	--	3	++	-2	--
Autres allègements	31	36	15,7	67	88,0	79	16,3
Total des exonérations ciblées prises en charge par l'Etat	4 034	3 404	-15,6	3 359	-1,3	2 628	-21,7

Source : DSS/SDEPF/6A

4.5. LES AUTRES RECETTES FISCALES

Cette fiche commente l'évolution des impôts et taxes affectés au régime général, hors la CSG et ceux composant les paniers de recettes en compensation des allègements de cotisations, y compris pour 2011 alors que la LFSS pour 2011 a mis un terme à cette compensation et a transféré directement les recettes fiscales du panier à la sécurité sociale.

Les ITAF hors paniers affectés au régime général ont augmenté fortement en 2010 grâce à de nouvelles recettes, et devraient se stabiliser en 2010

En 2010, les recettes fiscales affectées au régime général se sont élevées à 7,9 Md€, soit une progression de 7,8% par rapport à 2009, liée principalement à l'amélioration de la conjoncture économique et à l'évolution spontanée des différentes taxes (+6,2%).

La baisse du rendement de la CSSS additionnelle, assise sur le chiffre d'affaires des entreprises enregistrées l'année précédente, est liée aux effets de la crise économique sur l'activité des entreprises en 2009. Cette baisse est compensée par les effets de la reprise de l'activité sur les rendements des prélèvements sur les stock-options et par le dynamisme des taxes médicaments, ainsi que par les recettes issues des contributions sur les préretraites.

Du côté des mesures nouvelles, la moindre recette de 0,4 Md€ liée à l'extinction progressive du dispositif des mises à la retraite d'office est plus que compensée par le doublement du taux du forfait social, par l'affectation à la CNAM d'une contribution exceptionnelle (90 M€) à la charge des organismes complémentaires (OC) dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe A, et par l'entrée en vigueur au mois de juin 2010 d'une contribution sur les jeux et paris. Cette contribution, qui apparaît dans les comptes comme une recette fiscale, se substitue pour partie à la CSG sur les jeux, dont le rendement diminue en 2010.

Les ITAF affectés aux fonds et à la CNSA ont chuté de 9,4% en 2010, en raison des moindres recettes de CSSS perçues par le FSV

La baisse des impôts et taxes affectés aux fonds et à la CNSA en 2010 est principalement liée au faible montant de CSSS comptabilisé par le FSV (300 M€ contre 800 M€ en 2009). Cette baisse est le résultat de faibles rentrées de CSSS en 2010, suite aux moins bons résultats des entreprises assujetties en 2009, et des besoins croissants du RSI. Les autres recettes des fonds et de la CNSA, et notamment les produits des prélèvements sur les revenus du capital, ont été relativement stables par rapport à 2009. La contribution sur les avantages de retraite affectée au FSV (contribution sur les rentes ou sur les primes versées par l'entreprise dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies) a fortement progressé, suite au doublement du taux de la contribution (qui s'élève désormais à 16% sur les rentes et 12% ou 24% sur les primes selon les modalités de versement).

Les nouvelles recettes liées à la réforme des retraites et à la reprise de dette

En 2011, le produit des recettes fiscales hors panier affectées au régime général, aux fonds à la CNSA et à la CADES devrait atteindre un niveau très supérieur à celui de 2010 (20,1 Md€, dont 16,4 Md€ vont au régime général et au FSV, contre 12 Md€ en 2010). La faible progression du rendement à législation constante se double d'une profonde réorganisation du financement du régime général qui se traduit par une forte augmentation des recettes fiscales qui leur sont affectées (6,5 Md€ de recettes, dont 3,9 Md€ pour le FSV suite à la réforme des retraites).

Hors mesures nouvelles, le produit des impôts et taxes bénéficie des effets de la reprise économique sur le rendement de la contribution solidarité autonomie, de la contribution sur

Tableau 1 – Les ITAF affectés au régime général et aux fonds, par type d'assiette
(hors ITAF affectés en compensation des allègements généraux)

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011 (p)	%
Impôts et taxes "hors paniers" affectés au régime général	5 684	7 310	28,6	7 877	7,8	12 421	57,7
Droit de consommation sur les tabacs	2 994	3 870	29,3	4 166	7,6	4 960	19,1
ITAF acquittés par des personnes morales	1 521	1 834	20,5	1 455	-20,7	2 364	62,5
Contribution additionnelle à la CSSS	980	1 021	4,2	955	-6,5	-	-
Contribution sur les indemnités de mise à la retraite	209	529	++	94	--	63	-33,2
Contribution sur les préretraites	112	157	40,5	221	40,6	146	-34,0
Taxe sur les stocks options	220	127	-42,4	185	45,8	280	51,7
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA)	-	-	-	-	-	1 100	-
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (exit tax)	-	-	-	-	-	775	-
Taxes médicaments	757	630	-16,8	736	16,9	2 010	++
Contribution à la charge des grossistes (L 138-1 CSS)	361	235	-34,9	323	37,7	306	-5,4
Contribution ventes directes (L 245-6-1 CSS)	-	-	-	-10	-	-	-
Contribution sur les dépenses de publicité (L 245-1 CSS)	132	165	25,0	158	-4,2	181	14,5
Contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharma. (L 245-6 CSS)	249	215	-13,9	248	15,3	239	-3,5
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux (L 245-5-1 CSS)	15	15	0,5	17	13,3	29	++
TVA brute collectée par plusieurs secteurs d'activités (L. 241-2)	-	-	-	-	-	1 255	-
Autres ITAF	412	976	++	1 521	++	3 087	++
Prélèvement social de 2%	413	657	++	645	-1,9	664	3,0
Forfait social	-	314	-	656	++	562	-14,3
Prélèvement de la CSG au fil de l'eau sur les contrats multisupports d'assurance-vie	-	0	-	0	-	1 626	-
Autres ITAF	-1	4	--	220	++	235	6,9
Impôts et taxes affectés au FSV	1 408	931	-33,9	492	-47,1	3 936	++
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)*	800	800	0,0	300	--	160	-46,7
Prélèvement social de 2%	557	98	--	97	-1,1	111	14,0
Contribution sur les avantages de retraite et de préretraite	51	33	-35,3	95	++	185	++
Taxe sur les salaires (16,7%)	-	-	-	-	-	1 933	-
Contribution additionnelle à la CSSS	-	-	-	-	-	982	-
Forfait social	-	-	-	-	-	495	-
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	-	-	-	-	-	70	-
Ensemble des impôts et taxes "hors paniers" affectés au RG et au FSV	7 092	8 241	16,2	8 370	1,6	16 357	++
Impôts et taxes affectés au FRR	1 813	1 417	-21,8	1 395	-1,5	-	-
Prélèvement social de 2%	1 813	1 417	-21,8	1 395	-1,5	-	-
Impôts et taxes affectés à la CNSA	2 296	2 206	-3,9	2 239	1,5	2 308	3,1
Contribution de solidarité autonomie (rev. d'activité et de remplacement)	1 887	1 887	0,0	1 918	1,6	1 976	3,0
Contribution de solidarité autonomie (revenus du capital)	409	319	-21,9	321	0,6	332	3,3
Impôts et taxes affectés à la CADES	0	0	-	0	-	1 439	-
Prélèvement social de 2%	-	-	-	-	-	1 439	-
Ensembles des impôts et taxes affectés aux forganismes	4 109	3 623	-11,8	3 634	0,3	3 747	3,1
Ensembles des impôts et taxes "hors paniers"	11 201	11 864	5,9	12 004	1,2	20 104	++

Source: DSS/SDEPF/6A

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

les stock-options, du prélèvement de 2% sur les revenus du capital et du forfait social, tandis que le produit des taxes médicaments augmenterait de 2,6%. Le résidu de CSSS affecté au FSV devrait en revanche baisser (160 M€), compte tenu des besoins croissants du RSI¹¹.

Les mesures nouvelles découlent principalement des transferts de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale, et entre organismes de sécurité sociale, décidés dans le cadre de la **réforme des retraites** (cf. schéma 1) et de la reprise de la dette sociale par la CADES¹² (cf. schéma 2). La mesure d'exonération des primes, en discussion dans le cadre de la loi de financement rectificative, induit également une augmentation des recettes de CSG et de CRDS (cf. encadré).

Les augmentations de recettes auxquelles il a été procédé afin de ramener à l'équilibre les régimes de retraite en 2018 portent sur des prélèvements affectés à la sécurité sociale (stock-options, retraites chapeau, prélèvement social sur les revenus du capital) et sur des impôts de l'Etat. Dans ce second cas, les gains pour l'Etat sont rétrocédés à la sécurité sociale au moyen du transfert d'une partie de la TVA brute collectée sur les professionnels de santé. La CNAM est affectataire de cette nouvelle recette mais transfère au FSV certaines de ses anciennes taxes affectées (CSSS additionnelle et une fraction du forfait social, dont une partie va en réserve). Par ailleurs, la LFSS pour 2011 a modifié le calcul des allègements généraux de cotisations sur les bas salaires, qui se fait depuis le 1^{er} janvier sur une base annuelle plutôt que mensuelle, entraînant ainsi une minoration de ces allègements estimée à 2 Md€ en année pleine. Cela permet de transférer au FSV une fraction de la taxe sur les salaires (16,7%), dont le produit était auparavant inclus dans le premier panier fiscal destiné à compenser ces allègements, et ainsi de lui apporter 1,9 Md€ de recettes supplémentaires. Au final, ces mesures rapportent 3,85 Md€¹³ de recettes supplémentaires au FSV, qui prend en contrepartie en charge à due concurrence une partie des dépenses engagées au titre du minimum contributif auparavant assumée par la CNAV et les régimes alignés.

Parallèlement à la loi sur les retraites, le schéma de **reprise de dette par la CADES** est également à l'origine de l'affectation de nouvelles recettes fiscales et de transferts entre organismes. Ce schéma vise à la fois à reprendre en 2011 les dettes accumulées en raison de la crise économique par le régime général et le FSV en 2009 et 2010, ainsi que les déficits prévisionnels de la CNAM et de la CNAF pour 2011, et à reprendre les déficits annuels de la CNAV et du FSV durant la période de montée en charge de la réforme des retraites (entre 2011 et 2018, dans la limite de 62 Md€). La reprise de dette « conjoncturelle » est financée par l'allongement de quatre années de l'espérance de vie de la CADES (loi organique du 13 septembre 2010) et par l'affectation d'une fraction de la CSG (0,28 point, soit 3,3 Md€) dont bénéficiait la CNAF. Celle-ci reçoit en compensation trois recettes fiscales nouvelles, pour un rendement total de 3,5 Md€ en 2011, et bénéficie également, comme les autres branches du régime général à compter de 2011, de l'affectation directe des anciennes taxes du panier ; les caisses du régime général conservent à ce titre les excédents éventuels qu'aurait pu engendrer le panier (excédent évalué à 1,8 Md€ en 2011). La reprise de dette liée à la loi sur les retraites est quant à elle financée par le transfert de la fraction (65%) du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital dont disposait le FRR et par des décaissements annuels de 2,1 Md€ du FRR d'une part. Les autres ressources du FRR (fraction des licences UMTS, contribution sur les PERCO, sommes non réclamées au titre de l'assurance vie) sont transférées au FSV.

¹¹ La suppression de la compensation maladie généralisée n'a pas permis de libérer un montant supérieur de CSSS pour le FSV, car cette suppression a été compensée par le transfert en faveur de la branche maladie des exploitants agricoles d'une fraction (30,89%) de la CSSS d'un montant équivalent.

¹² Au-delà de ces transferts, les recettes fiscales du régime général bénéficient de l'effet en année pleine de la hausse des tarifs sur les tabacs intervenues en novembre 2010, de l'affectation d'une fraction supplémentaire de droits tabacs en faveur de la CNAM, et de l'effet en année pleine de l'introduction de la contribution sur les jeux et paris. En revanche, la non reconduction de la taxe exceptionnelle à la charge des OC, et le déclin programmé des dispositifs de mise à la retraite d'office et de départs en préretraite entraînent une baisse des recettes fiscales.

¹³ Y compris 0,35 Md€ qui sont comptabilisés en réserve du FSV, afin de financer la mesure dérogatoire accordée sous conditions aux parents de 3 enfants leur permettant de bénéficier du taux plein dès l'âge de 65 ans.

Schéma 1 – Recettes fiscales nouvelles et transferts liés à la réforme des retraites

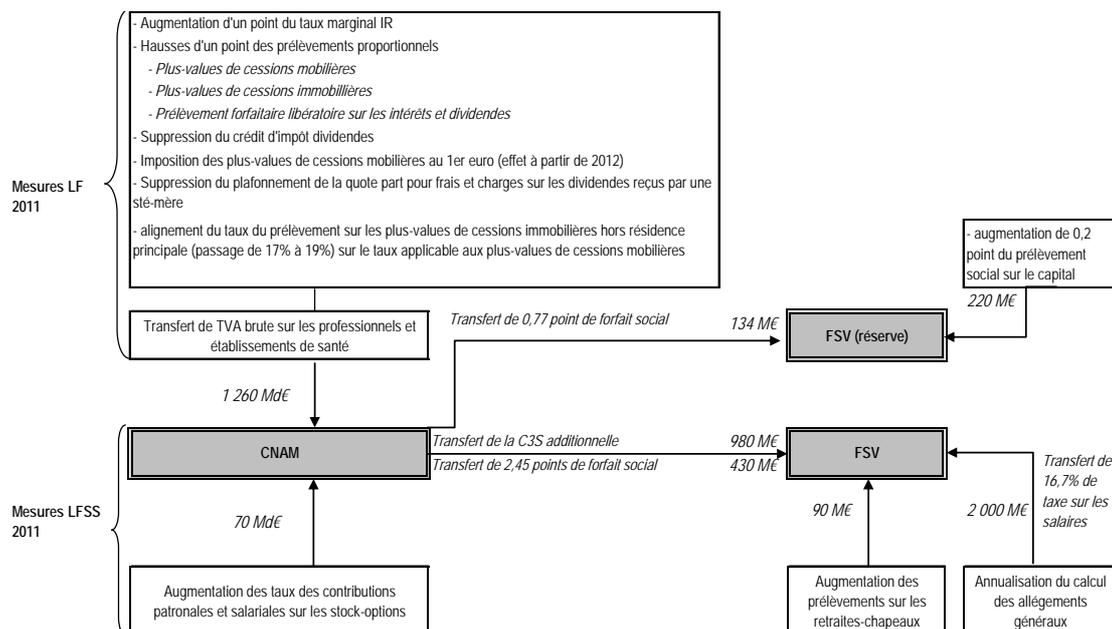
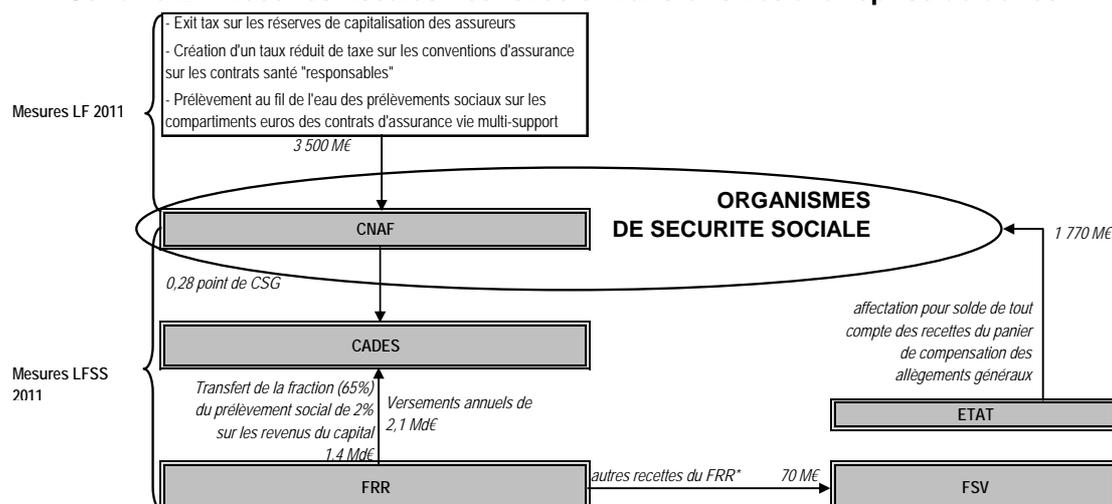


Schéma 2 – Recettes fiscales nouvelles et transferts liés à la reprise de dettes



Encadré : Les effets de la mesure d'exonération des primes versées dans le cadre du partage de la VA (Article 1^{er} du projet de loi de financement rectificative pour 2011 de la sécurité sociale)

Cette mesure énonce le principe selon lequel toute hausse des dividendes versés aux actionnaires doit être accompagnée, en contrepartie, du versement d'une prime pour tous les salariés, selon des modalités faisant l'objet de négociations collectives. Cette mesure s'applique dans les entreprises de plus de 50 salariés dont les dividendes augmentent par rapport aux deux années antérieures, et est facultative pour les autres entreprises versant des dividendes en hausse. Du point de vue des recettes de la sécurité sociale, cette prime est assujettie au même régime social que l'épargne salariale (exonération de cotisations sociales, et assujettissement à la CSG, à la CRDS et au forfait social) dans la limite de 1 200 € par salarié, et assujettie aux cotisations au-delà.

Les estimations réalisées portent sur 3,5 millions de salariés concernés et un montant moyen de 800 €. Les rendements de la CSG, de la CRDS et du forfait social seraient ainsi majorés de 375 Md€ en 2011 (dont 235 Md€ pour le régime général et 91 Md€ pour le FSV), en supposant que ces primes ne se substituent ni à du salaire ni à des dividendes, ce qui devrait être le cas en 2011. Pour les exercices suivants, il est possible que ces primes se substituent à des dividendes, entraînant ainsi une baisse du rendement des prélèvements sur les revenus du capital.

5. ANALYSE PAR ASSIETTE

5.1. LES PRÉLÈVEMENTS SUR LES REVENUS D'ACTIVITÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL

La reprise de la croissance de la masse salariale, couplée avec une baisse des exonérations dans le secteur privé, tire les cotisations à la hausse

Dans la mesure où environ 80% des cotisations sur revenus d'activité perçues par le régime général proviennent du secteur privé, la croissance de la masse salariale de ce secteur est le principal déterminant de l'évolution des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité¹⁴.

En 2010, la masse salariale du secteur privé (sur le champ de recouvrement des URSSAF et à l'exclusion des particuliers employeurs et des grandes entreprises nationales) a augmenté de 2,05%, après une contraction de 1,3% en 2009. La composante « emploi » de la masse salariale était cependant encore négative (-0,2%) tandis que le salaire moyen a crû de 2,25%. En 2011, le redressement économique devrait se poursuivre, et la masse salariale augmenterait de 3,2%. L'emploi serait orienté à la hausse (+0,9%) et le salaire moyen croîtrait à un rythme similaire à celui de 2010 (+2,3%, cf. graphique 1).

Les exonérations sont en recul dans le secteur privé en 2010 et surtout en 2011 en raison de l'annualisation du calcul des allègements généraux et de la suppression de certaines exonérations ciblées

A taux de cotisation et assiette de prélèvement constants, la progression de l'agrégat constitué des produits de cotisations et des exonérations s'approche de celle de la masse salariale (cf. graphique 2). En revanche, la dynamique des deux composantes de cet agrégat, cotisations d'une part, et exonérations d'autre part, peut être très différente, expliquant un écart entre les évolutions des cotisations et de la masse salariale.

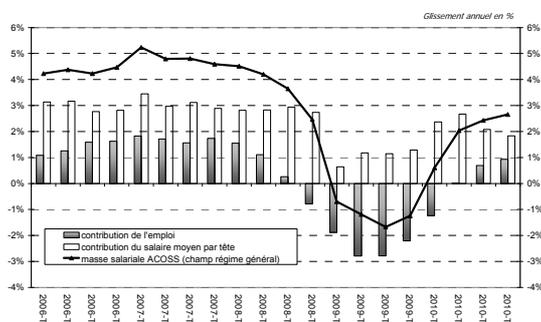
En 2010, les exonérations mesurées sur le champ du secteur privé seraient en recul de 0,9%, ce qui contribuerait pour 0,6 point à la croissance des cotisations du secteur privé (cf. tableau 2). Les exonérations Fillon, très sensibles à la situation sur le marché de l'emploi ont diminué de 0,6%¹⁵ en 2010 ce qui explique un impact positif sur les cotisations de 0,4 point. Les exonérations ciblées compensées bénéficiant aux entreprises du secteur privé seraient en recul de 11%, essentiellement en raison de la baisse des exonérations à destination de certaines zones géographiques (cf. fiche 05-02) ce qui contribue pour 0,2 point à la hausse des cotisations sociales. La hausse des exonérations non compensées étant essentiellement imputable à la mise en place du contrat unique d'insertion dont les bénéficiaires relèvent majoritairement du secteur public, ce facteur a peu d'incidence sur la croissance des cotisations du secteur privé.

En 2011, l'ensemble des exonérations mesurées sur le champ des salariés du secteur privé devrait diminuer de 7,6%, expliquant 2,15 point d'augmentation des cotisations. Ce fort impact est essentiellement dû à la mesure d'annualisation des allègements généraux qui devrait conduire à une diminution de 2 Md€ des exonérations Fillon. Sur le champ du secteur privé de l'ACOSS, elles diminueraient de 8%, induisant un effet positif de 1,74 point sur les cotisations. Les mesures de suppression d'exonérations ciblées décidées en LFI pour 2011 (détaillées dans la fiche 05-02) conduiraient également mécaniquement à une hausse des cotisations, ce qui expliquerait 0,44 point de la croissance des cotisations du secteur privé.

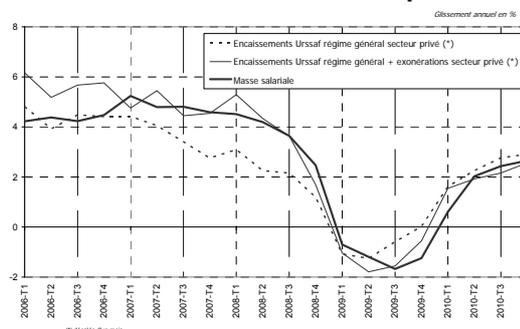
¹⁴ Le reste de ces recettes provient du secteur public, des travailleurs indépendants, des particuliers employeurs, des grandes entreprises nationales, des salariés agricoles... (cf. tableau 1).

¹⁵ Sur le champ du secteur privé au sens de l'ACOSS, y compris grandes entreprises nationales. Sur le champ total du régime général (les exonérations du secteur agricole impactent la branche famille), la baisse est de 0,7%.

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



Graphique 2
Masse salariale et
encaissements du secteur privé



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

Note de lecture graphique 2 : L'évolution des encaissements du secteur privé dépend principalement du rythme de l'assiette (masse salariale), de l'évolution des exonérations et des changements de législation (variation de taux notamment). L'agrégat "encaissements+exonérations" est conceptuellement le plus proche de l'assiette, mais peut s'en écarter ponctuellement. Par exemple en 2006, il diverge de l'évolution de la masse salariale en raison des hausses de cotisations intervenues au 1^{er} janvier (retraite et accidents du travail). La zone entre traits fins et pointillés illustre l'impact des exonérations sur l'évolution des encaissements.

Tableau 1 - Evolution des cotisations sur revenus d'activité par catégorie de cotisants

En millions d'euros

	2009	2010	%	2011	%
Cotisations brutes sur rev. activité	167 021	170 668	2,2%	179 397	5,1%
Cotisations secteur privé	133 591	136 591	2,25%	144 623	5,88%
EPM	2 680	2 824	5,4%	3 290	16,5%
Grandes entreprises nationales	2 128	2 344	10,2%	2 186	-6,7%
Secteur public	23 524	24 085	2,4%	24 509	1,8%
Autres actifs	5 099	4 823	-5,4%	4 788	-0,7%
Majorations et pénalités	481	468	-2,6%	445	-5,0%
Cotisations rev. remplacement	575	626	8,9%	654	4,5%
Autres cotisations	888	845	-4,9%	818	-3,3%
Cotisations brutes (fiche 4-1)	168 965	172 607	2,2%	181 313	5,0%
Charges sur cotisations	-2 698	-2 219	-17,8%	-1 872	-15,7%
Cotisations nettes	164 323	168 449	2,5%	177 525	5,4%

Champ : cotisations du régime général

Tableau 2 – Décomposition de la croissance des cotisations du secteur privé

En %

	2010	2011
croissance de la masse salariale du secteur privé	2,05	3,20
effet exonérations	0,60	2,13
<i>dont exonérations compensées par dotations budgétaires</i>	0,21	0,44
<i>dont allègements sur bas salaires</i>	0,41	1,72
<i>dont exonérations heures supplémentaires</i>	-0,04	-0,06
<i>dont exonérations non compensées</i>	0,02	0,03
effet plafond	-0,22	-0,04
effet erreurs de PAR	-0,02	
Corrections structure	-0,16	0,14
Effet hausse de taux AT et autres mesures LFSS		0,47
Ecart expliqué	0,20	2,70
Croissance des cotisations du secteur privé	2,25	5,88

D'autres éléments, législatifs ou comptables, conduisent l'évolution des cotisations à s'écarter de celle de la masse salariale du secteur privé

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

Conformément à la procédure prévue par les textes (*cf.* encadré 1), le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 0,9% au 1^{er} janvier 2010, soit 1,3 point de moins que la croissance du salaire moyen constatée en 2010. Ainsi, pour l'ensemble des salariés dont le salaire est supérieur au plafond, les cotisations versées n'ont augmenté que de 0,9%, beaucoup moins vite que le salaire moyen. C'est pourquoi la masse salariale plafonnée, mesurée sur le champ des salariés du secteur privé a augmenté de seulement 1,5% au lieu de 2,05% pour la masse salariale déplafonnée. L'impact négatif de cet effet sur les cotisations est estimé à -0,22 point. En 2011, le plafond a été revalorisé de 2,1%, soit un taux assez proche de celui estimé pour le salaire moyen par tête (+2,25%). L'effet plafond jouerait donc encore négativement, mais pour seulement 0,04 point.

Cet effet explique essentiellement le moindre dynamisme des cotisations perçues par la branche vieillesse en 2010, et dans une moindre mesure en 2011 (*cf.* encadré 2).

Les cotisations AT-MP ont été relevées de 0,1 point à partir du 1^{er} janvier 2011

Le relèvement de 0,1 point des taux de cotisations AT-MP, intégré aux agrégats financiers de cette branche en LFSS pour 2011 et nécessaire au rééquilibrage de la branche, devrait rapporter 0,5 Md€ supplémentaire au régime général. D'autres mesures votées en LFSS 2011 auraient un impact à la hausse sur les cotisations, en particulier l'assujettissement des cotisations versées par des tiers et la limitation à quatre plafonds de la sécurité sociale de l'exonération sur les indemnités versées lors d'une rupture du contrat de travail. L'ensemble de ces mesures nouvelles devraient contribuer pour 0,47 point à la croissance des cotisations sur le champ des salariés du secteur privé.

Des régularisations comptables entre assiettes de cotisants et des erreurs d'estimation des produits à recevoir (PAR) ont affecté le niveau des cotisations 2010

Les PAR désignent les produits exigibles lors d'un exercice mais correspondant à une période d'emploi d'un exercice antérieur. En pratique, la majeure partie des sommes perçues par les URSSAF pendant le mois de janvier doit être rattachée comptablement à l'exercice précédent. Lors de la clôture des comptes, le montant des PAR ne peut être connu avec certitude, ce qui peut entraîner une sur ou sous-estimation des produits de l'exercice concerné et de l'exercice suivant. Cet effet a été limité en 2010, expliquant à la baisse 0,02 point des cotisations sur le champ des salariés du secteur privé. Cet effet est nul par construction pour la prévision 2011.

En revanche, des traitements comptables significatifs corrigeant la répartition des exonérations Fillon pour La Poste et France Telecom sont intervenus en avril 2010 au titre des exercices 2007, 2008 et 2009. Les cotisations patronales de ces entreprises ont basculé du secteur privé vers celui des grandes entreprises nationales pour un montant total de près de 200 M€, expliquant un effet négatif de 0,16 point sur les cotisations 2010 du secteur privé. Le contrecoup de ces régularisations explique, à l'inverse, un effet positif sur les cotisations 2011.

Encadré 1 - Revalorisation du plafond de la sécurité sociale

La procédure de fixation du plafond de la sécurité sociale est définie par les articles D.242-16 à D.242-19 du Code de la sécurité sociale. L'indice utilisé depuis 1984 pour la revalorisation du plafond au 1er janvier N est le salaire moyen par tête (SMPT) du secteur marchand non agricole qui figure pour l'année N-1 dans le rapport économique, social et financier (RESF) annexé au projet de loi de finances pour l'année N.

En 2011, le plafond de la sécurité sociale s'établit à 35 352 €, contre 34 620 € en 2010, et 34 308 € en 2009. Cela représente une augmentation de 2,1% en 2011 après 0,9% en 2010. Cette année, la revalorisation a été fixée en tenant compte de l'estimation effectuée à la rentrée 2010 du salaire moyen par tête (SMPT) pour 2010, soit +2,2% et d'une régularisation au titre de 2009 de -0,1 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2009 (+1,3%) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances pour 2010 (+1,4%).

Revalorisation du plafond 2010		Revalorisation du plafond 2011	
	En %		En %
Taux de croissance du SMPT 2009	1,4	Taux de croissance du SMPT 2010	2,2
Correction SMPT 2008		Correction SMPT 2009	
SMPT 2008 prévu lors de la fixation du plafond 2009	3,3	SMPT 2009 prévu lors de la fixation du plafond 2010	1,4
SMPT 2008	2,8	SMPT 2009	1,3
Correctif plafond (B)	-0,5	Correctif plafond (B)	-0,1
Evolution du plafond 2010 (A+B)	0,9	Evolution du plafond 2011 (A+B)	2,1

Encadré 2 - Evolution des cotisations du secteur privé, par branche du régime général

	En millions d'euros				
	2009	2010	%	2011	%
CNAM	51 001	52 290	2,5%	54 656	4,5%
CNAM AT	7 670	7 881	2,7%	10 538	33,7%
CNAV	54 701	55 676	1,8%	57 810	3,8%
CNAF	20 219	20 745	2,6%	21 636	4,3%
Régime général	133 591	136 591	2,25%	144 640	5,89%

En 2010, la CNAV enregistre une croissance de ses cotisations de seulement 1,8%, alors que celles des autres branches progressent de 2,5% à 2,7%, en raison d'un effet plafond négatif important. Les progressions différenciées des autres branches s'expliquent à la fois par des impacts légèrement différents selon les branches des exonérations et des régularisations comptables opérées dans l'année.

En 2011, la très forte progression des cotisations de la branche AT-MP est due à la fois à l'augmentation des taux de cotisation, mais surtout à l'exclusion des cotisations AT-MP du champ du dispositif des allègements généraux. A partir de 2011, les allègements sont répartis sur les trois autres branches. Mécaniquement, les cotisations comptabilisées par la branche AT-MP augmenteront de près de 1,9 Md€, tandis que celles des autres branches diminueront d'autant, ce qui explique leur progression moins rapide. Ce changement de comptabilisation est neutre sur le solde des branches, puisque les recettes qui leur ont été affectées en compensation des allègements généraux ont été ajustées en conséquence.

Les cotisations de la branche vieillesse sont moins dynamiques que celles des branches maladie et famille, essentiellement en raison de l'effet plafond négatif.

Les cotisations sur les autres assiettes

Les produits de cotisations du secteur public (agents titulaires et non titulaires des trois fonctions publiques), qui représentent 14% des cotisations sur revenus d'activité, ont progressé de 2,4% en 2010 et devraient ralentir en 2011 (+1,8%) sous l'effet d'une assiette publique peu dynamique (+1%) en raison des mesures de gel du point d'indice et des réductions d'effectifs. Les cotisations perçues par le régime général portant davantage sur les non titulaires que sur les titulaires qui ne cotisent pas pour les risques vieillesse et AT-MP, elles seraient un peu plus dynamiques que l'assiette globale.

Les importantes régularisations enregistrées entre le secteur privé et celui de La Poste et France Telecom expliquent la forte croissance comptable des cotisations sur le champ des grandes entreprises nationales en 2010 et le contrecoup prévu en 2011.

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs (EPM), qui représentent environ 2% des cotisations sur revenus d'activité du régime général, ont augmenté de 5,4% en 2010 et devraient progresser de plus de 16% en 2011. Tendanciellement, les produits assis sur les revenus de cette catégorie de cotisants sont stimulés par le dynamisme du secteur des services à la personne, qui profite d'une palette importante d'aides de nature fiscale (crédits d'impôt) ou sociale (prestation d'accueil du jeune enfant, exonérations de cotisations sociales), même si ces derniers dispositifs entraînent un manque à gagner de cotisations pour le régime général. En 2011, la suppression de l'abattement forfaitaire de 15 points bénéficiant aux employeurs qui cotisent sur le salaire réel devrait mécaniquement conduire à une forte augmentation des cotisations, bien qu'il soit possible qu'une fraction d'employeurs opte pour une cotisation forfaitaire devenue plus avantageuse.

Les autres cotisations sur revenus d'activité sont perçues par la branche famille. Elles portent principalement sur **les travailleurs indépendants** non agricoles (environ 2% des cotisations) et sur le secteur agricole, exploitants et salariés. En 2010, ces produits ont décliné fortement (-5,4%) principalement sous l'effet de l'impact négatif du report à 2009 de la régularisation des cotisants trimestriels (*cf.* fiche 06-01 du rapport de septembre 2010). En 2011, les produits des travailleurs indépendants continueraient de décroître faiblement (-0,7%) en raison de la prévision faite d'une baisse notable du nombre de cotisants taxés d'office. Trois ans après la mise en place de l'ISU, une amélioration des campagnes de recouvrement peut être envisagée. Cette hypothèse est cependant globalement neutre sur le solde de la branche famille, car elle impliquerait de fortes reprises de provisions sur créances.

5.2. LES DISPOSITIFS D'EXONÉRATION EN FAVEUR DE L'EMPLOI

Les mesures d'exonération en faveur de l'emploi comprennent principalement deux types de dispositifs. Les mesures à vocation générale incluent les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (allègements dits « Fillon ») et les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la loi sur le travail, l'emploi, et le pouvoir d'achat (TEPA) à compter du 1^{er} octobre 2007 (exonération des heures supplémentaires et rachat des RTT). Elles représentent au total 24 Md€ en 2010. Les mesures ciblées représentent quant à elles environ 6,3 Md€ (cf. encadré 2).

En 2010, le montant des exonérations pour l'ensemble des dispositifs a progressé de 0,3%, le faible recul des mesures à vocation générale (-0,2%), qui représentent 80% du total, n'ayant pas compensé la hausse de 2,5% des mesures ciblées. En 2011, le montant total des exonérations devrait reculer de 7,6%.

Les exonérations à vocation générale reculeraient fortement en 2011 en raison de l'annualisation des allègements Fillon

Les montants associés aux dispositifs d'exonération à vocation générale ont reculé de 0,2% en 2010 (cf. tableau 1), et devraient reculer à un rythme plus soutenu en 2011 (-6,2%).

Après un recul marqué en 2009 (-2,2%) dans le sillage de la contraction de la masse salariale (-1,3%) et de la fin de la montée en charge des mesures nouvelles qui soutenaient ces allègements en 2008¹⁶, les exonérations au titre des allègements « Fillon » ont reculé de 0,7% en 2010. Cette baisse, plus modérée qu'en 2009, s'explique par une croissance à nouveau positive de la masse salariale (+2%). En 2011, dans un contexte de croissance soutenue de la masse salariale (+3,2%), le recul des allègements « Fillon » devrait toutefois s'accroître (-8%) en raison principalement de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011 de l'annualisation du calcul de la réduction des cotisations patronales (cf. encadré 1). Le gain attendu de cette mesure est estimé à 2 Md€ pour les rémunérations versées au cours de l'exercice 2011¹⁷. En tendancier, hors effets des mesures nouvelles, les allègements Fillon progresseraient de 0,8% en 2011.

En 2010, la reprise de l'activité économique s'est traduite par un recours accru aux heures supplémentaires. Le volume annuel d'heures supplémentaires est passé de 677 millions d'heures en 2009 à 702 millions en 2010, soit une hausse de 3,6%¹⁸. La mesure de réduction forfaitaire de cotisations patronales et d'exonération totale des cotisations salariales sur les heures supplémentaires de la loi TEPA a ainsi engendré en 2010 une masse d'exonérations supérieure à celle de 2009 (+3,8%). Tous dispositifs confondus (exonération des heures supplémentaires et des rachats de RTT¹⁹), le montant des exonérations TEPA a progressé de 3,7% en 2010. En 2011, il devrait croître de 6,1% en raison de la consolidation de la reprise de l'activité économique.

¹⁶ Changements réglementaires du calcul des allègements « Fillon » entrés en vigueur en 2007 ou au 1^{er} janvier 2008 : passage au 1^{er} juillet 2007 de 26 à 28,1 points d'exonération au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés, neutralisation à compter du 1^{er} octobre 2007 des heures supplémentaires dans le calcul des allègements et référence à la rémunération mensuelle (hors heures supplémentaires et complémentaires) qui se substitue à la référence horaire moyenne, basculement à compter de 2008 des contrats de professionnalisation dans le dispositif « Fillon » pour les nouvelles entrées.

¹⁷ Ce chiffre de 2 Md€ correspond à l'économie en droits constatés sur l'ensemble des régimes (environ 1,9 Md€ pour le régime général et 0,1 Md€ pour la MSA). Seul 40 % de ce montant devrait se traduire par des cotisations supplémentaires encaissées en 2011, les 60 % restant donnant lieu à régularisation début 2012 (produits à recevoir 2011).

¹⁸ Source : Acof Stat n°122, « Les heures supplémentaires au quatrième trimestre 2010 », février 2011.

¹⁹ Cf. Fiche 7.3 de la CCSS de septembre 2010 pour la description de la mesure sur les rachats de RTT.

**Tableau 1 – Montant des principales mesures d'exonération entre 2008 et 2011
(en millions d'euros courants)**

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Mesures générales d'exonération	21 667	21 196	-2,2	21 040	-0,7	19 361	-8,0
réduction bas salaire & allègements Aubry II	-1	1	--	0	--	0	--
allègements Aubry I	1	1	19,4	0	--	0	--
dispositif Robien	0	0	--	0	--	0	--
allègement unique (Loi Fillon)	21 667	21 194	-2,2	21 039	-0,7	19 361	-8,0
Exonération des heures sup. et des rachats RTT	2 886	2 868	-0,6	2 976	3,7	3 157	6,1
heures supplémentaires - exonérations cotisations patronales et rachats de RTT 2007	2 813	2 867	1,9	2 976	3,8	3 157	6,1
	73	1	--	0	--	0	--
Ensemble	24 553	24 065	-2,0	24 015	-0,2	22 518	-6,2
Total des exonérations ciblées *	6 414	6 139	-4,3	6 292	2,5	5 479	-12,9
Total des mesures d'exonération	30 967	30 204	-2,5%	30 307	0,3%	27 998	-7,6%

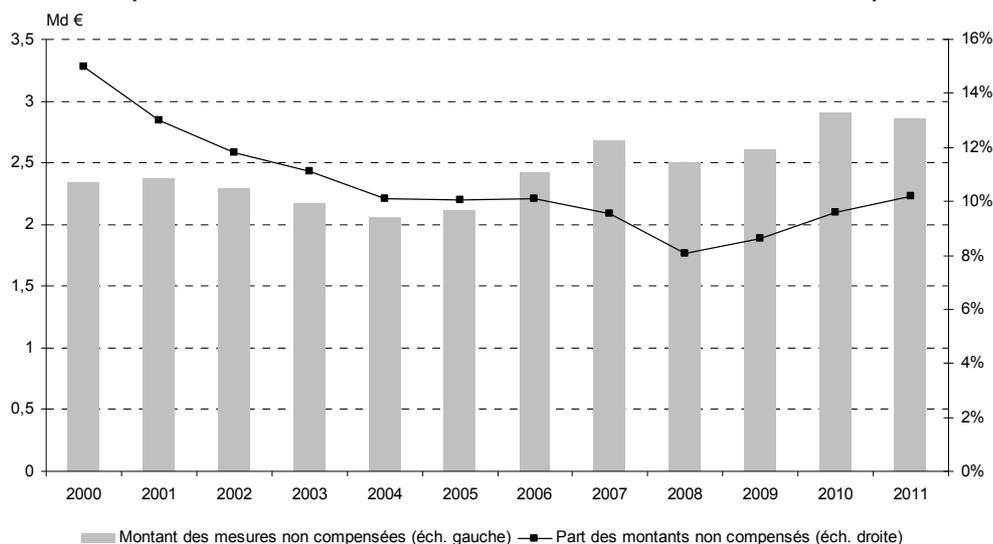
Source : ACOSS et DSS/6A. Champ : régime général.

* pour le détail, voir tableau 2.

Encadré 1 : L'annualisation du calcul de l'allègement « Fillon »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a modifié la réduction générale de cotisations patronales sur les bas salaires, dite réduction « Fillon ». Depuis le 1^{er} janvier 2011, son calcul est effectué sur la base de la rémunération annuelle, et non plus de la rémunération versée au cours de chaque mois civil. L'objectif de cette mesure est d'assurer un montant identique d'exonération pour un même niveau de rémunération, quel que soit le mode de versement de cette rémunération tout au long de l'année. De fait, le mode de calcul précédemment en vigueur se traduisait par une réduction de cotisations sociales plus importante pour les employeurs versant une partie de la rémunération sous forme de primes ponctuelles en fin d'année, les mois hors prime correspondant à un versement de salaire plus faible et donnant lieu à davantage d'exonérations que dans le cas d'un versement lissé de la rémunération tout au long de l'année. Au final, l'annualisation de la réduction « Fillon » modifie le montant annuel de la réduction dont bénéficie l'employeur d'autant plus que les pratiques de rémunérations exceptionnelles étaient développées.

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



Source : ACOSS et DSS/6A. Champ : régime général.

Le montant des exonérations ciblées a crû en 2010

Les exonérations accordées dans le cadre des dispositifs destinés à favoriser l'embauche de publics particuliers, la création d'emplois dans des zones géographiques spécifiques et l'emploi à domicile ont représenté 6,3 Md€ en 2010 (environ 20% du total des exonérations). Après un recul de 4,3% en 2009, ces exonérations sont en hausse de 2,5% en 2010.

Une hausse principalement due aux exonérations des contrats uniques d'insertion...

En 2010, le coût des mesures en faveur de publics particuliers a fortement progressé (+7,8%), principalement en raison de la montée en charge de l'exonération relative au contrat unique d'insertion (CUI). Le CUI, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2010, est destiné aux personnes sans emploi rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi. Ce contrat prend la forme, dans un cadre rénové, du contrat initiative emploi (CUI-CIE) dans le secteur marchand et du contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) dans le secteur non marchand. Dans le même temps, le contrat d'avenir a été abrogé au 1^{er} janvier 2010.

...mais également au dynamisme des exonérations en faveur de l'emploi à domicile...

En 2010, le montant des exonérations en faveur de l'emploi à domicile a crû de 4,3%, sous l'effet du dynamisme des exonérations accordées dans le cadre de l'abattement de 15 points pour les particuliers employeurs qui cotisent au réel²⁰ et dans le cadre de l'aide à domicile.

... et à l'intégration des allègements « Fillon » relatifs aux travailleurs occasionnels agricoles vers les exonérations ciblées

La hausse des exonérations ciblées s'explique également par le basculement de la partie « allègements Fillon » du dispositif d'exonération sur les travailleurs occasionnels agricoles demandeurs d'emplois (TO-DE) MSA vers les exonérations ciblées à compter du 1^{er} janvier 2010. Le montant total de cette exonération s'est établi à 0,4 Md€ en 2010, dont 51 M€ concernent la franche famille du régime général.

A contrario, le recul des exonérations en faveur de la création d'emploi dans les ZRR et ZFU se poursuit

Les sommes exonérées au titre des dispositifs en faveur du développement de l'emploi dans certaines zones géographiques ont fortement décliné en 2010 (-12,2%), en raison de la forte baisse des dispositifs en faveur de la création d'emplois dans les zones de revitalisation rurales (ZRR), de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones franches urbaines (ZFU). Ce recul s'explique par les changements des barèmes d'exonération intervenus depuis 2008 dans les ZRR et ZRU et depuis 2009 dans les ZFU²¹.

Toutefois, le montant des exonérations ciblées devrait reculer en 2011

En 2011, le montant des exonérations ciblées devrait baisser de 12,9% principalement en raison de la suppression, à compter du 1^{er} janvier 2011, de l'abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations patronales dues par les particuliers employeurs cotisant au réel, de la franchise de cotisations patronales (dans la limite du SMIC) dont bénéficient les prestataires agréés ou déclarés intervenant auprès de publics dits « non fragiles » et de l'exonération de cotisations patronales sur les avantages en nature « repas » dans les HCR (hôtels, cafés et restaurants). Le recul des exonérations ciblées est également à rapprocher, dans une moindre mesure, de l'instauration d'un plafond et d'un barème dégressif pour l'exonération de cotisations accordée aux jeunes entreprises innovantes (JEI)²².

²⁰ Réduction de 15 points des cotisations patronales de sécurité sociale sous réserve que les cotisations et contributions sociales dues soient calculées sur les rémunérations réellement versées.

²¹ Cf. Fiche 7-3 « Les dispositifs d'exonérations en faveur de l'emploi », CCSS septembre 2010.

²² A compter du 1^{er} janvier 2011, l'exonération de cotisations accordée aux JEI est plafonnée (maximum par salarié : 4,5 SMIC, maximum par établissement : trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale par année civile) et

**Tableau 2 – Montant des principales mesures d'exonération ciblées entre 2008 et 2011
(en millions d'euros courants, champ régime général)**

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés							
Mesures compensées	1 489	1 252	-16,0	1 170	-6,5	1 012	-13,5
Apprentissage	884	926	4,7	929	0,4	974	4,8
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	401	132	--	48	--	17	--
Contrats initiative emploi	30	19	-34,8	13	-34,8	0	--
Paniers repas des salariés des hôtels cafés restaurants	161	162	0,3	169	4,4	-1	--
Service civique	0	0	--	0	--	10	--
Autres allègements	14	13	-7,7	11	-10,2	11	-0,5
Mesures non compensées	915	950	3,8	1 203	26,6	1 092	-9,2
CES et CEC	8	1	--	0	--	0	--
Contrats d'accompagnement dans l'emploi	413	461	11,7	0	--	0	--
Contrats d'avenir	291	236	-18,8	0	--	0	--
Contrat unique d'insertion	0	0	--	922	--	830	++
Contrat de reclassement et de transition professionnelle	37	88	++	115	31,2	92	-20,1
Associations intermédiaires	79	77	--	76	--	78	--
Exonération des cotisations des stagiaires	82	83	++	86	4,0	90	4,6
Autres allègements	5	4	-11,8	3	-35,3	2	-23,4
Ensemble	2 405	2 202	-8,4	2 373	7,8	2 103	-11,4
Allègements en faveur de certaines zones géographiques							
Mesures compensées	1 720	1 466	-14,8	1 288	-12,1	1 265	-1,8
Loi de programme pour l'outre-mer	944	935	-0,9	891	-4,8	877	-1,5
Exo AF ETI DOM	42	35	-17,1	27	-22,4	26	-5,8
Salariés en Zones Franches Urbaines	323	246	-23,7	165	-32,9	137	-16,8
Créations d'emploi en ZRD	0	0	--	0	--	23	--
Créations d'emploi en ZRR	384	224	-41,7	179	-19,8	172	-4,2
Créations d'emploi en ZRU	6	4	-30,4	2	-46,9	2	12,4
Autres allègements	22	22	-0,4	23	6,9	28	18,9
Mesures non compensées	1	1	-19,7	1	-35,6	0	-16,3
Salariés en Zones Franches Urbaines	1	1	-19,7	1	-35,6	0	-16,3
Ensemble	1 721	1 467	-14,8	1 289	-12,2	1 266	-1,8
Allègements en faveur de l'emploi à domicile							
Mesures compensées	448	516	15,3	567	9,7	30	--
Abattement de 15 points pour les EPM	255	278	8,8	305	9,9	29	--
Extension du champ des activités exonérées	193	239	23,9	262	9,6	1	--
Mesures non compensées	1 496	1 562	4,4	1 602	2,6	1 661	3,7
emplois familiaux	843	833	-1,1	845	1,4	864	2,4
aide à domicile	587	638	8,6	662	3,8	696	5,2
CESU : exonération abondement entreprise	66	91	37,5	96	5,0	101	5,2
Ensemble	1 944	2 079	6,9	2 169	4,3	1 691	-22,0
Autres exonérations							
Mesures compensées	259	303	17,0	364	20,2	322	-11,8
Détenus et rapatriés	74	75	2,3	93	23,6	102	10,0
Jeunes entreprises innovantes	116	136	17,7	140	2,4	98	-30,0
Jeunes entreprises universitaires	0	1	--	-1	--	0	--
Droit à l'image des sportifs	33	41	23,7	17	--	4	--
Porteurs de presse	0	6	--	17	--	15	-14,0
Micro-entreprises	3	6	++	29	--	27	-8,0
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	2	2	0,0	3	29,1	-2	--
Secteur Agricole	8	15	++	51	++	62	21,3
Autres allègements	24	21	-12,5	16	-23,2	16	2,1
Mesures non compensées	85	88	3,3	96	9,4	98	1,4
exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	33	34	2,0	34	2,0	35	2,0
exonération de cotisations pour l'attribution gratuite d'actions	36	40	++	42	5,0	44	5,0
ACCRES	16	15	-8,0	21	37,9	19	-6,8
Ensemble	345	391	13,6	461	17,8	419	-9,0
Total des exonérations ciblées	6 414	6 139	-4,3	6 292	2,5	5 479	-12,9
<i>dont mesures compensées</i>	<i>3 917</i>	<i>3 538</i>	<i>-9,7</i>	<i>3 390</i>	<i>-4,2</i>	<i>2 628</i>	<i>-22,5</i>
<i>dont mesures non compensées</i>	<i>2 497</i>	<i>2 601</i>	<i>4,2</i>	<i>2 902</i>	<i>11,5</i>	<i>2 851</i>	<i>-1,7</i>

Source : ACOSS et DSS/6A. Champ : régime général.

Encadré 2 : Evolution des mesures non compensées

En 2010, alors que les exonérations ciblées enregistrent une hausse de 2,5%, les mesures non compensées par l'Etat à la sécurité sociale progressent beaucoup plus rapidement (+11,5%). Cette hausse est principalement liée à la montée en charge du CUI et, dans une moindre mesure, au dynamisme de l'exonération relative à l'aide à domicile. Dans un contexte de baisse des allègements compensés (-4,2%) en raison du recul des exonérations accordées au titre des contrats de professionnalisation (suppression de l'exonération spécifique) et en faveur de l'embauche dans les ZFU et ZRR (changements de barèmes d'exonération), la part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations augmente ainsi en 2010, de 8,6% à 9,6% (cf. graphique 1). En 2011, les exonérations non compensées devraient reculer de 1,7%, en raison de la baisse de l'exonération relative au CUI. La part relative des exonérations non compensées s'établirait à 10,2%, en raison du plus fort recul des exonérations compensées (-22,5%).

dégressive (exonération totale pendant trois ans puis exonération de 75%, 50%, 30% et 10% respectivement les quatrième, cinquième, sixième et septième années avant de s'éteindre).

5.3. TAXES TABAC ET ALCOOL

Le produit des droits de consommation sur le tabac a dépassé pour la première fois en 2010 le seuil de 10 Md€. Ce montant devrait encore augmenter en 2011 en raison de l'effet en année pleine de la hausse des prix du tabac de l'automne 2010.

En 2010, les droits de consommation sur les tabacs ont dépassé pour la première fois le seuil de 10 Md€. Les droits (10,5 Md€ en droits constatés²³ – cf. tableau 1) progressent de près de 5,8%²⁴ par rapport à 2009 (9,9 Md€) sous l'effet des hausses de prix successives de novembre 2009 (+6%) et de novembre 2010 (+6%). Cet effet de prix est compensé pour partie par un léger repli du volume des ventes nationales de cigarettes (-0,3% – cf. tableau 4) alors que l'on note une progression des achats transfrontaliers. Celle-ci serait toutefois restée modeste²⁵, en raison notamment des hausses du prix des cigarettes en Espagne²⁶.

En 2011, le marché serait atone. Les effets de l'introduction des photos chocs sur les paquets de cigarettes, qui vise à dissuader les jeunes d'entrer dans le tabagisme, sont en effet avant tout attendus sur le long terme²⁷. Dans ces conditions, la croissance des droits serait portée par l'effet en année pleine de la hausse de prix de novembre 2010 (+400 M€ en raison de la très faible élasticité observée ces dernières années). Le mouvement particulier de décélération du chiffre d'affaires au premier trimestre pourrait correspondre à un déport de consommation vers les cigarettes les moins chères. Au final, les droits, versés quasi-intégralement (98,75%)²⁸ à la sécurité sociale, s'établiraient à 10,9 Md€, soit une progression de +3,8%.

Les droits indirects sur les boissons alcooliques ont légèrement progressé en 2010 sous l'effet de l'indexation des tarifs et devraient être quasi stables en 2011

Les boissons sont soumises à des droits indirects (accises), encadrés par le droit communautaire, qui diffèrent selon le type de boisson. Il existe quatre catégories de boissons (cf. tableau 2). Par ailleurs, une cotisation à finalité spécifique de santé publique sur les boissons alcooliques s'applique aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à 25 degrés.

Après une forte augmentation en 2009, les droits de consommation sur l'ensemble des produits ont progressé en 2010 conformément à leur tendance de long terme, sous l'effet des droits de consommation sur les alcools (+2,9%) et des droits de circulation sur les vins (+2,5%). A l'inverse, les rendements des droits spécifiques sur les bières s'inscrivent en baisse de -2,6% ainsi que ceux des droits de consommation sur les produits intermédiaires

²³ Sauf mention contraire, les données présentées ici font référence aux droits constatés et/ou aux encaissements tels qu'ils sont inscrits dans les comptes de l'Etat. A ce titre, elles peuvent être légèrement différentes de ce qui est inscrit dans les comptes des organismes de sécurité sociale (OSS). L'écart entre les deux provient à la fois de la différence entre les PAR (produits à recevoir) notifiés et les PAR réalisés, et d'autre part, de décalages comptables.

²⁴ Après correction symétrique sur 2010 et 2011 d'un montant de 12 M€ correspondant aux insuffisances cumulées sur l panier TEPA des exercices 2007 à 2009.

²⁵ Source fabricants. L'OFDT a pour sa part évalué l'ampleur des achats transfrontaliers de tabac dans une fourchette comprise entre 14 et 20 % du marché national pour les années 2004 à 2006.

²⁶ En 2010, les taxes ont augmenté en Espagne de 28%, hausse en partie absorbée par les marges des fabricants.

²⁷ Chez nos voisins européens (Belgique, Angleterre et Irlande) qui ont déjà demandé aux fabricants des modifications de cette nature sur leurs emballages, peu d'effets ont été constatés sur la prévalence à court terme.

²⁸ Une fraction de 1,25% des droits continue d'avoir un statut un peu particulier. Elle reste affectée au fonds de solidarité chargé de financer le régime solidarité d'indemnisation du chômage (allocation de solidarité spécifique en premier lieu).

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

	2009	2010	2011 P
droits de consommation sur les tabacs	9 927	10 518	10 888
évolution des droits de consommation	3,5%	5,9%	3,5%
dont part versée à la CNAM	3 870	4 166	4 960
dont part versée à la CCMSA maladie + retraite complémentaire obligatoire	2 017	2 119	1 889
dont panier fiscal Allègements généraux	3 159	1 850	
dont panier TEPA	411	340	130

Source : DSS/SD6C/SD5D

Tableau 2 – Rendement total des prélèvements sociaux sur les boissons en droits constatés

	2008	2009	2010	2011 P
droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les bières et les vins	2 610	2 643	2 685	2 688
<i>droit de consommation sur les alcools</i>	<i>2 035</i>	<i>2 037</i>	<i>2 097</i>	<i>2 116</i>
<i>droit de consommation sur les produits intermédiaires</i>	<i>103</i>	<i>111</i>	<i>96</i>	<i>96</i>
<i>droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels</i>	<i>108</i>	<i>117</i>	<i>121</i>	<i>121</i>
<i>droit sur les bières et les boissons non alcoolisées</i>	<i>364</i>	<i>379</i>	<i>371</i>	<i>355</i>
cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25°	422	518	519	519
Total	3 032	3 161	3 204	3 207
Evolution	0,0%	4,2%	1,4%	0,1%

Source : DSS/SD6C/SD5D

Tableau 3 – Répartition des droits de consommation sur les boissons et sur les tabacs

	2008		2009		2010		2011	
	Attributaire	%	Attributaire	%	Attributaire	%	Attributaire	%
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels			CCMSA maladie	65,60%	CCMSA maladie	65,60%	CCMSA maladie	65,60%
			CCMSA vieillesse	34,40%	CCMSA vieillesse	34,40%	CCMSA vieillesse	34,40%
Droit de consommation sur les produits intermédiaires			CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées			CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%
Droits de consommation sur les alcools			CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%	CCMSA vieillesse	100%
Cotisation perçue sur les boissons alcooliques	FCMUc	100%	CCMSA maladie	100%	CCMSA maladie	100%	CCMSA maladie	100%
Droit de consommation sur les tabacs (art. 575 du CGI)	OSS	98,75%	OSS	98,75%	OSS	82,03%	OSS	98,75%
	CNAMTS	30,00%	CNAMTS	38,81%	CNAMTS	38,81%	CNAMTS	55,10%
	FFIPSA	52,36%	CCMSA maladie	18,68%	CCMSA maladie	18,68%	CCMSA maladie	15,44%
	FCMUc	4,34%	CCMSA vieillesse RCO	1,52%	CCMSA vieillesse RCO	1,89%	CCMSA vieillesse RCO	1,99%
	Panier fiscal AG	10,26%	Panier fiscal AG	31,91%	Panier fiscal AG	17,71%	CNAF	12,57%
	FCAATA	0,31%	Financement heures sup	3,99%	Financement heures sup	3,15%	Financement heures sup	1,30%
	FNAL	1,48%	FCAATA	0,31%	FCAATA	0,31%	FCAATA	0,31%
			FNAL	1,48%	FNAL	1,48%	FNAL	1,48%
			Dette Etat / CNAMTS	2,05%	Etat	2,92%	CCMSA salariés	10,00%
					Apurement dette	13,80%	autres régimes	0,66%
	Etat (FUP)	1,25%	Etat (Fds de solidarité)	1,25%	Etat (Fds de solidarité)	1,25%	Etat (Fds de solidarité)	1,25%

Source : DSS/SD6C/SD5A5D

Tableau 4 – Evolution des ventes nationales de produits du tabac entre 2008 et 2010

produits	évolution cumulée		
	2 008	2 009	2010
Cigarettes	-2,5%	2,6%	-0,3%
blondes	-1,7%	3,4%	0,3%
brunes	-11,3%	-7,4%	-9,1%
Scaferlatis	1,6%	-0,8%	3,9%
Cigares	-3,7%	-2,8%	-1,7%
TAP/TAM	-9,5%	6,8%	0,3%
TOTAL	-2,0%	2,1%	0,1%

source DGDDI/DSS SD5D

(-10,1%) en raison de difficultés de recouvrement des droits sur certains produits. Au final, le produit des droits sur les alcools s'est élevé à 3,2 Md€ en droits constatés en 2010, soit une progression de +1,4%. Cette évolution en valeur est associée à des tarifs des différents produits (hors la cotisation de sécurité sociale) qui ont été revalorisés à hauteur de +2,8% (indice des prix à la consommation hors tabac sur un an), et en conséquence à une baisse des volumes totaux mis à la consommation.

En 2011, la progression des droits devrait être quasi-nulle en raison d'une évolution tendancielle similaire à celle observée en 2010 pour chacune des catégories de produits conjuguée aux effets d'une revalorisation des tarifs sensiblement moindre (+0,1%) pour les seules catégories des bières fortes, des produits intermédiaires et des alcools. Le produit des droits sur les alcools devrait ainsi être quasi-stable en 2011 (3,2 Md€).

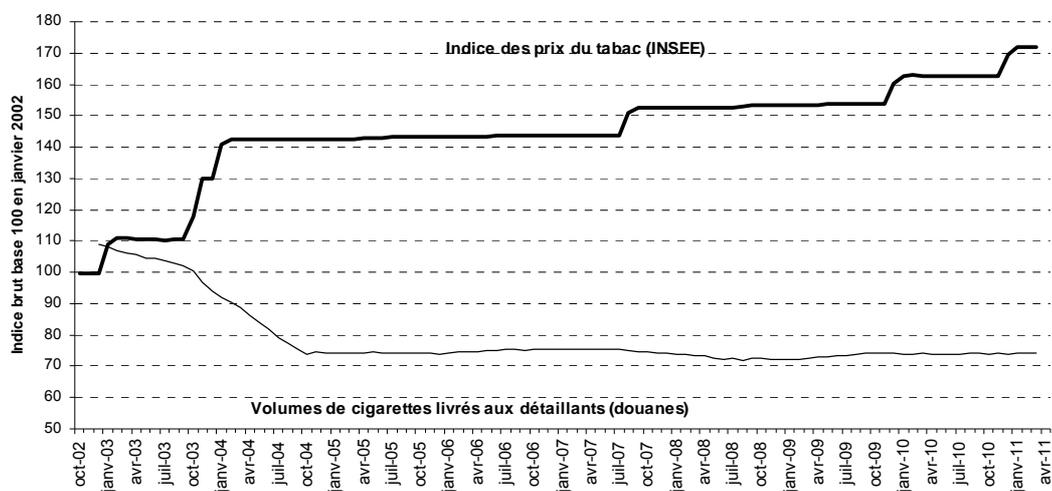
La répartition du produit des droits de consommation sur les tabacs et sur les alcools a été profondément modifiée en 2009 et en 2011

Depuis la loi de finances rectificative pour 2007, la quasi-totalité des droits de consommation sur les tabacs (98,75% à compter de 2008) est affectée aux organismes de sécurité sociale, tandis que les droits de consommation sur les boissons leur sont intégralement reversés depuis plusieurs années, en compensation des allègements généraux de cotisations sur les bas salaires. La répartition interne de ces droits a été modifiée en 2009 à l'occasion de la suppression du FFIPSA (*cf.* tableau 3, et fiche 6-3 du rapport de la CCSS d'octobre 2009). Dans un souci d'améliorer la visibilité de leur affectation, le législateur a souhaité affecter le produit des taxes sur les boissons au régime des exploitants agricoles. Les droits tabacs ont été redistribués entre les anciens affectataires des droits alcools et la CCMSA. La CNAM a récupéré les droits sur les tabacs antérieurement affectés au Fonds CMUc, ce dernier conservant pour seule ressource propre à partir de 2009 le produit de la contribution sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires. De ce fait, les droits de consommation sur les tabacs affectés à la CNAM sont passés de 3 Md€ en 2008 à 3,9 Md€ en 2009, et ceux affectés au panier fiscal, de 1,3 Md€ à 3,1 Md€ (*cf.* tableau 1).

Au 1^{er} janvier 2010, les clés de répartition des droits de consommation sur les tabacs ont été légèrement modifiées, en particulier en faveur du régime de retraite complémentaire des exploitants agricoles, en tirant parti de l'excédent pour 2010 attendu à l'époque sur la compensation des allègements généraux. Par ailleurs, la répartition entre le panier fiscal et l'État a été ajustée dans le cadre de la refonte des modalités de compensation des exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les travailleurs occasionnels du secteur agricole. La fraction de droit de consommation sur les tabacs affectée au panier fiscal a ainsi été diminuée à concurrence de 0,3 Md€, au profit du budget général, afin de revenir à des modalités de compensation de droit commun, c'est-à-dire exclusivement par des crédits budgétaires, pour la totalité du dispositif. L'article 82 de la quatrième loi de finances rectificatives pour 2010 a modifié une dernière fois la répartition des droits de consommation sur les tabacs pour 2010. 13,80% de ces derniers, correspondant au reliquat de l'excédent du panier finançant les allègements généraux sur les bas salaires, ont été mobilisés pour apurer la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale. Compte tenu de ces éléments, les droits tabacs affectés à la CNAM ont finalement progressé de près de 8% en 2010.

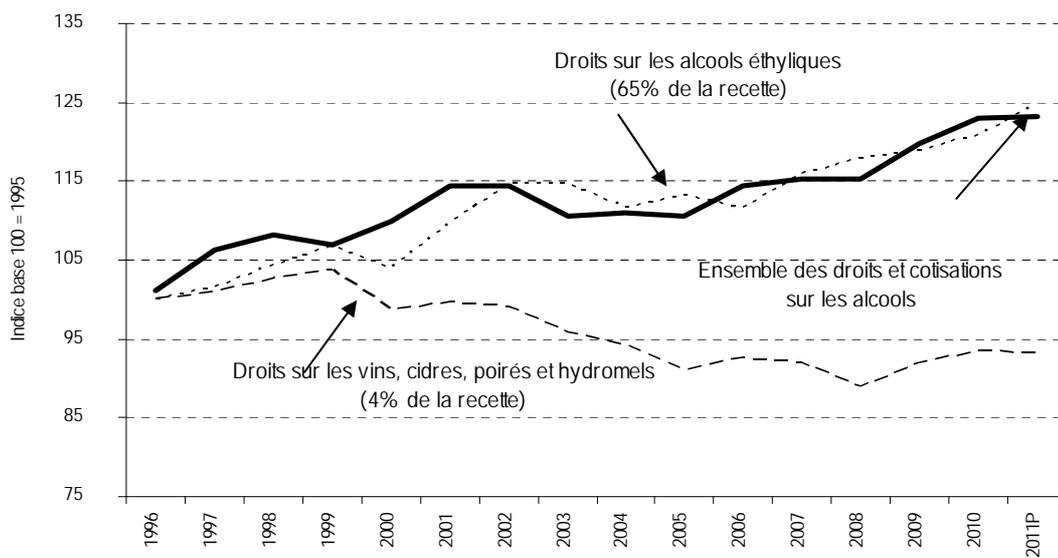
A compter de 2011, en complément de l'opération de reprise de dette, l'ensemble des impôts et taxes de l'État qui composaient jusque-là le panier de compensation des allègements généraux, et qui était excédentaire, a été affecté définitivement aux organismes de sécurité sociale en supprimant tout lien avec le montant des exonérations. Ces ressources relèvent désormais du seul champ de la sécurité sociale. L'affectation définitive des recettes a été réalisée au prorata de la répartition actuelle du panier de sorte qu'il n'y ait pas de branche ni de régime défavorisé. Les droits sur les tabacs ont été affectés à la CNAMTS, la CNAF, le régime des salariés agricoles et les petits régimes. La nouvelle répartition interne des droits est retracée dans le tableau 3.

Graphique 1 – Evolution du prix du tabac et du volume de cigarettes vendues entre 2002 et 2010



Source DGDDI/INSEE.

Graphique 2 – Evolution des droits sur les alcools



Source DGDDI – Données en encaissements-décaissements.

5.4. LES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUR LES REVENUS DU CAPITAL

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

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

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus de placement » sont ceux versés directement par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est principalement composée des produits de placement entrant dans le champ du prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires...), des plus-values immobilières, des dividendes (depuis le 1^{er} janvier 2008), des intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement, des produits d'assurance-vie, des produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions.

Les prélèvements sociaux sur « revenus du patrimoine » sont calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus et sont acquittés de manière similaire à l'impôt sur le revenu. L'essentiel du recouvrement de la recette patrimoine repose sur deux rôles généraux : un rôle principal (rôle 33) et un rôle complémentaire (rôle 48). L'assiette est principalement composée des revenus fonciers et des plus-values financières.

En 2010, le produit des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social de 2%, contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3% affectée à la CNSA et, depuis le 1^{er} janvier 2009, contribution additionnelle de 1,1% affectée au fonds national des solidarités actives (FNSA, cf. encadré 2)) s'est établi à 13 Md€, en légère progression (+0,8%) après la forte baisse survenue au cours de l'exercice précédent (-15,4% en 2009, cf. tableau 1). Hors contribution additionnelle « RSA » dont l'évolution a été atypique en 2010 (cf. *infra*), le rendement baisserait de près de 2%. En outre, la montée en charge de la contribution affectée au FNSA²⁹ joue positivement sur le rendement qui évolue un plus rapidement que l'assiette.

L'année 2010 n'a pas connu d'évolution remarquable s'agissant du partage entre les assiettes des revenus de placement et des revenus du patrimoine. Les évolutions du produit apparaissent donc en premier lieu imputables à des facteurs macroéconomiques ainsi qu'à certaines mesures nouvelles.

En 2011, le rendement total progresserait très fortement (+25,2%). Cette hausse importante s'explique notamment par l'assujettissement au fil de l'eau des produits des supports en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports adopté dans le cadre de la loi de finances pour 2011, par l'augmentation du taux du prélèvement social de 2% (cf. encadré 2) et par un environnement plus porteur, notamment pour les revenus du patrimoine.

²⁹ Cette contribution est prélevée sur la même assiette que les autres prélèvements sur les revenus du capital, mais son rendement est proportionnellement légèrement moindre les premières années :

- l'assiette patrimoine est minorée en raison de la mise en application différée du RSA dans les DOM et du rattachement des sommes recouverts par voie de rôle individuel à des années pendant lesquelles cette nouvelle contribution n'existait pas ;

- l'assiette placement est également minorée en raison de la non soumission de certains produits de placement à cette contribution : les placements soumis à des taux de prélèvements sociaux applicables au moment de la souscription des contrats – PEL, PEA, assurance-vie en unités de comptes – souscrits avant le 1^{er} janvier 2009 ne sont en effet pas assujettis au 1,1% FNSA. Au cours des prochains exercices, ce prélèvement bénéficiera progressivement d'une plus grande antériorité et son rendement progressera donc plus vite.

Tableau 1 – Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital depuis 2008

	Rendement (en Md€)				Variation			
	2008	2009	2010	2011P	2008	2009	2010	2011P
<i>Taux de prélèvement</i>	11,0%	12,1%	12,1%	12,3%				
Rendement total	15,3	12,9	13,0	15,2	3,6%	-15,4%	0,8%	16,8%
dont patrimoine	7,9	6,0	5,5	5,8	4,1%	-23,6%	-8,4%	5,3%
dont placement	7,4	6,9	7,5	9,4	3,2%	-6,8%	8,8%	25,2%

Source: comptes CCSS+CNSA

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

Affectataires	Prélèvement (*)	Montant (M€)				Structure			
		2008	2009	2010	2011P	2008	2009	2010	2011P
Régimes maladie		8 210	6 512	6 354	6 586	53,8%	50,5%	48,9%	43,4%
dont CNAM	5,95 points de CSG depuis 2005 (**)	7 221	5 680	5 510	5 720	47,3%	44,0%	42,4%	37,7%
dont autres régimes		989	832	844	866	6,5%	6,4%	6,5%	5,7%
CNAF	1,1 point de CSG jusqu'en 2010, 0,82 point à compter de 2010 + montant du préciput	1 525	1 201	1 170	2 534	10,0%	9,3%	9,0%	16,7%
CNAV	0,3 point du prélèvement social jusqu'en 2008, 0,6 point à compter de 2009	413	657	645	664	2,7%	5,1%	5,0%	4,4%
Sous-total RG		10 148	8 370	8 169	9 784	66,5%	64,9%	62,8%	64,4%
FRR	1,3 point du prélèvements social jusqu'en 2010	1 813	1 417	1 395		11,9%	11,0%	10,7%	
CNSA	0,1 point de CSG à compter de 2005	140	106	109	110	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%
	contribution additionnelle de 0,3% à compter de juillet 2004	409	319	321	332	2,7%	2,5%	2,5%	2,2%
CADES	0,2 point de CSG en 2009 et 2010, 0,48 point à compter de 2011		228	218	531		1,8%	1,7%	3,5%
	1,3 point du prélèvements social à compter de 2011				1 439				9,5%
	0,5 point de CRDS	724	562	540	554	4,7%	4,4%	4,2%	3,6%
FSV	1,05 point de CSG jusqu'en 2008, 0,85 point à compter de 2009	1 467	895	928	941	9,6%	6,9%	7,1%	6,2%
	0,2 point du prélèvement social à compter de 2011				221				1,5%
	0,4 point du prélèvement social jusqu'en 2008, 0,1 point à compter de 2009	557	98	97	111	3,6%	0,8%	0,7%	0,7%
FNSA	contribution additionnelle de 1,1% à compter de 2009		906	1 229	1 164		7,0%	9,5%	7,7%
Total général		15 256	12 901	13 007	15 186	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : comptes CCSS + CNSA

(*) net du préciput sauf mention contraire

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

Note : les montants enregistrés par la CADES au titre de la CRDS et de la CSG évoluent différemment de ce qui est observé pour les autres caisses, alors que les assiettes de la CSG et de la CRDS sur les revenus du capital sont en principe identiques. Cette différence provient de décalages comptables, liés au mode de recouvrement spécifique de la CRDS puisqu'elle ne bénéficie pas de mécanisme d'acomptes.

Une progression modeste en 2010 en dépit d'une assiette mal orientée

Après une chute brutale du rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital en 2009 (-15,4%), le produit de ces prélèvements a légèrement progressé en 2010 (+0,8%). Globalement stable, le produit recouvre néanmoins des évolutions fortement différenciées selon les assiettes.

Les prélèvements sur les revenus du patrimoine ont représenté un rendement de 5,5 Md€ en 2010, en forte baisse (-8,4%) par rapport à 2009. Cette diminution du rendement s'explique notamment par la contraction de l'assiette à législation constante (cf. tableau 3). Les plus-values mobilières et, dans une moindre mesure, les revenus de capitaux mobiliers ont enregistré ainsi une chute de près de 50% (cf. graphique 2) du fait de la baisse du marché boursier ; cette chute n'a été que partiellement compensée par la croissance robuste des revenus fonciers (4,2%). Par ailleurs, cette assiette n'a été que marginalement affectée par des mesures nouvelles. Il convient néanmoins de signaler l'impact important en 2010 des régularisations de prélèvements liées au traitement des dossiers soumis à la cellule de régularisation des avoirs détenus à l'étranger, qui contribuent à hauteur de 1,5 point à l'évolution du produit.

Les prélèvements sur les revenus de placement ont produit un rendement de 7,5 Md€ en 2010, en hausse de 8,8% par rapport à 2009. La progression du rendement est notamment imputable, d'une part, à une régularisation des produits comptabilisés en 2010 au titre de la contribution « RSA » liée à une sous-estimation des produits à recevoir comptabilisés en 2009³⁰ et, d'autre part, aux effets de la suppression de l'exonération de prélèvements sociaux en cas de décès de l'assuré d'un contrat d'assurance-vie multi-support. Hors ces effets, l'assiette a crû de 0,8%, la forte dynamique des plus-values immobilières et des dividendes étant compensée par les effets de la baisse de la rémunération des contrats d'assurance-vie en euro et des autres produits de taux.

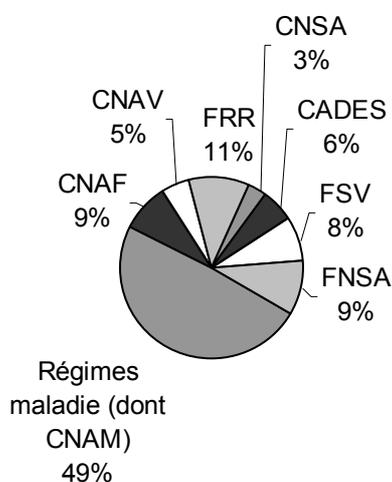
Un rendement plus important de ces prélèvements est attendu en 2011

En 2011, le rendement serait nettement plus dynamique qu'en 2010 (+17%). Cela s'expliquerait tout d'abord par un raffermissement des différentes composantes de l'assiette, qui profiteraient d'un environnement économique plus porteur. Les mesures nouvelles, notamment l'instauration du prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euros des contrats multi-supports et la hausse de taux du prélèvement social qui passe de 2% à 2,2%, contribueraient également à la hausse de la recette (cf. encadré 2). L'ensemble des mesures nouvelles devrait avoir un rendement de l'ordre de 1,9 Md€ en 2011 et contribuer pour près de 15 points à la croissance du produit total des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

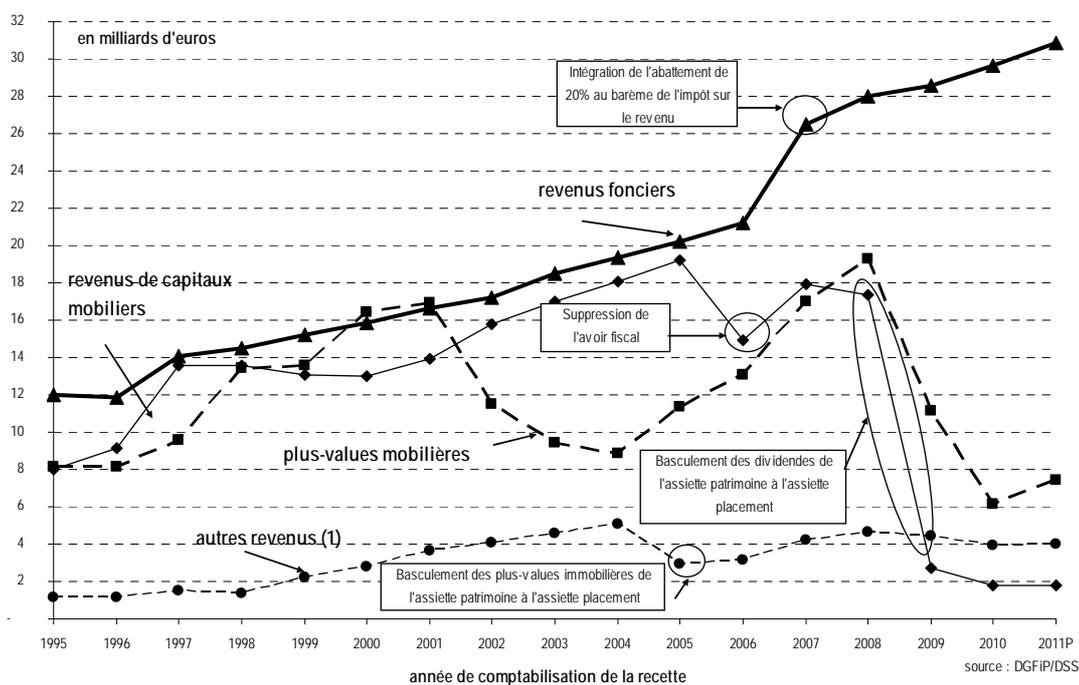
L'assiette des revenus du patrimoine devrait elle aussi renouer avec la croissance. L'évolution des revenus fonciers demeurerait bien orientée (+4,0%) et les plus-values à taux proportionnels seraient en forte croissance (+23%) du fait, notamment, de la suppression du seuil de cession qui produirait ses premiers effets (cf. encadré 2). L'assiette des revenus de placement, hors mesures nouvelles, serait tirée par les plus-values immobilières et les dividendes, dans un contexte d'amélioration de la conjoncture économique.

³⁰ Compte tenu du calendrier de versement particulier de cette contribution par rapport aux autres prélèvements sociaux sur les produits de placement en 2009 (elle n'a en effet pas été soumise au versement d'acomptes en fin d'année et a été massivement comptabilisée en mars et en avril de l'année suivante), les produits à recevoir comptabilisés l'année de sa création (2009) ont été sous-estimés de 150 M€. En contrepartie, les produits totaux comptabilisés en 2010 au titre de cette contribution sont à leur tour majorés de 150 M€.

Graphique 1 – Répartition de la recette totale en 2010 par affectataire



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



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

Encadré 2 – Principales modifications législatives affectant les revenus du capital en 2010 et 2011

Mesures 2010

Suppression de l'exonération sur les assurances-vie en cas de décès

Les produits engendrés par les contrats d'assurance-vie multi-supports n'étaient pas soumis aux prélèvements sociaux en cas de décès de l'assuré. La LFSS pour 2010 a supprimé cette exonération de fait et rétabli un traitement identique entre les différentes formes de contrat. Le produit estimé de cette mesure en 2010 s'élève à 273 M€ pour l'ensemble des attributaires des prélèvements sociaux (y compris FNSA).

Suppression des seuils de cession des plus-values à taux proportionnel

Les gains nets réalisés lors de la cession de valeurs mobilières et droits sociaux – principalement les plus-values réalisées au moment de la revente par les personnes investissant en bourse – ne faisaient l'objet d'une déclaration à l'impôt sur le revenu et donc n'étaient assujettis aux prélèvements sociaux que lorsque le montant des cessions réalisées par les membres du foyer fiscal excédait un seuil de 25 730 € (valeur valable pour l'année 2009 et indexée sur l'inflation). A compter des cessions réalisées après le 1^{er} janvier 2010, les plus-values seront assujetties aux prélèvements sociaux quel que soit le montant des cessions.

Mesures 2011

Aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports

L'article 22 de la loi de finances pour 2011 aligne le rythme d'imposition des produits du compartiment euro des contrats d'assurance-vie multi-supports sur celui des contrats mono-supports exprimés en euros. Actuellement, en effet, les prélèvements sociaux ne sont dus que lors du dénouement du contrat en unités de compte. Les produits du compartiment euro de ces contrats seront ainsi, à compter du 1^{er} juillet 2011, imposés au taux de 12,3% dès leur inscription en compte si celle-ci intervient à partir du 1^{er} juillet 2011. Un montant équivalent au rendement prévisionnel de la mesure est prélevé chaque année sur l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus de placement au profit de la CNAF.

Augmentation du taux du prélèvement social

L'article 6 de la loi de finances pour 2011 a porté le taux du prélèvement social de 2% à 2,2%. Le produit de cette hausse de taux est affecté, en réserve, au FSV pour le financement des mesures relatives aux parents de 3 enfants ou d'enfants handicapés votées dans le cadre de la réforme des retraites de l'automne 2010.

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

	2008	2009	2010	2011P
Evolution à législation constante	0,6%	-11,5%	-1,3%	2,2%
dont produits de patrimoine	7,6%	-10,9%	-8,8%	2,7%
dont produits de placement	-6,7%	-12,2%	5,2%	1,8%
Effets des mesures nouvelles	3,0%	-3,9%	2,1%	14,6%
dont produits de patrimoine	-3,6%	-12,7%	0,4%	2,6%
dont produits de placement	9,9%	5,4%	3,6%	23,4%
Evolution globale	3,6%	-15,4%	0,8%	16,8%
dont produits de patrimoine	4,1%	-23,6%	-8,4%	5,3%
dont produits de placement	3,2%	-6,8%	8,8%	25,2%

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

Note : sauf exception, les calculs sont effectués à partir des données en droits constatés tels qu'elles sont enregistrées par les organismes sociaux, en référence à l'année N-1. Par conséquent ils ne tiennent pas compte des mesures nouvelles instaurées au cours des années antérieures à N-1.

6. ECLAIRAGES RECETTES

6.1. PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX, COÛT DU TRAVAIL ET COMPÉTITIVITÉ : UNE ANALYSE COMPARÉE DE LA FRANCE ET DES PRINCIPAUX PAYS EUROPÉENS

Le coût du travail est un élément décisif de la compétitivité. Mais il n'en est pas le seul déterminant et les prélèvements sociaux ne doivent pas s'analyser exclusivement en termes d'enjeux pour la compétitivité. Ils reflètent également des périmètres de la protection sociale différents selon les pays et des logiques de financement de la protection sociale distinctes. Cette fiche propose une analyse comparative du coût salarial horaire en France et dans d'autres pays européens (Allemagne, Italie, Espagne, Pays-Bas et Suède³¹) sur la période 1995-2009³², pour l'ensemble des secteurs concurrentiels et pour le secteur de l'industrie, hors construction. Pour chacun de ces pays, l'analyse du coût du travail est mise au regard du niveau de couverture de la protection sociale et de la structure de son financement.

Au regard de la croissance du coût salarial horaire depuis 1995, la France se trouve dans une position médiane en Europe

Selon les données de comptabilité nationale publiées par Eurostat (*cf.* encadré en fin de fiche), en 2009, le coût salarial horaire en France³³ s'élevait en moyenne à 29,5 € dans les secteurs concurrentiels³⁴ et à 31,6 € dans le secteur de l'industrie. Pour l'ensemble des secteurs concurrentiels, le coût salarial horaire en France se situe au même niveau que celui des Pays-Bas, près de 10% au-dessus du coût salarial horaire allemand et environ 20% au-dessus du coût salarial horaire de la zone euro à 12. Pour le seul secteur de l'industrie, le coût salarial horaire français est inférieur de près de 10% au coût salarial horaire allemand et supérieur de 13,4% au coût salarial horaire de la zone euro à 12.

Sur la période 1995-2009, le coût salarial horaire en France a augmenté de 2,7% en moyenne chaque année dans les secteurs concurrentiels. Il a ainsi progressé à un rythme plus faible que dans la plupart des autres pays européens dont les Pays-Bas, l'Espagne, l'Italie et la Suède³⁵ (*cf.* graphique 1). Seule l'Allemagne enregistre un taux de progression particulièrement modéré (+1,6% en moyenne chaque année). Cette hausse limitée du coût salarial horaire en Allemagne correspond à un ajustement après la période qui a suivi la réunification. En effet, entre 1991 et 1995, le coût salarial horaire en Allemagne avait augmenté de 7,9% en moyenne chaque année. Cette hiérarchie des évolutions est valable pour le secteur de l'industrie, pour chacun des pays étudiés.

³¹ Le Royaume-Uni ne figure pas parmi les pays étudiés en raison de l'indisponibilité des séries du volume d'heures travaillées.

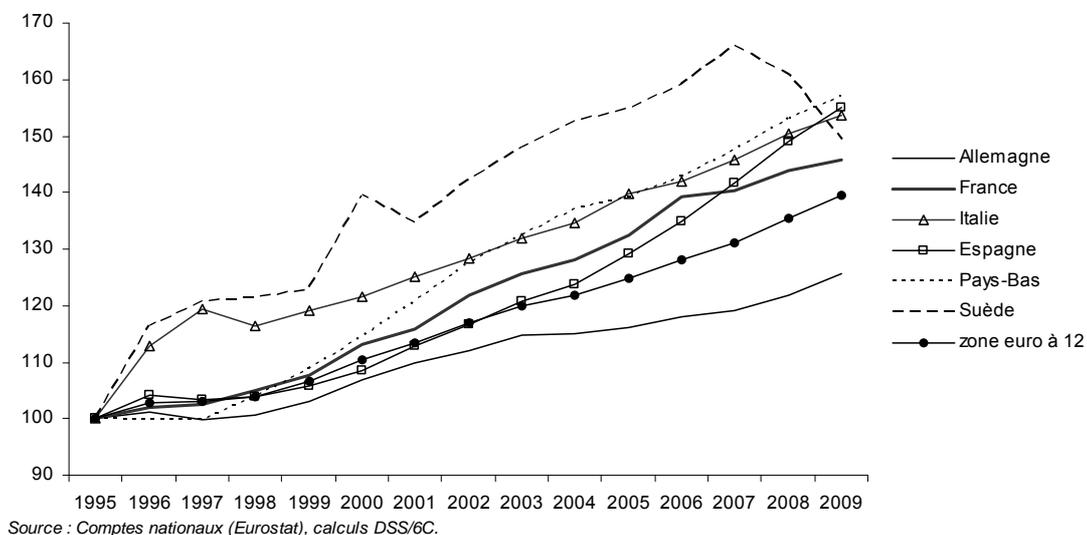
³² Le choix de la période est déterminé par la disponibilité des données harmonisées entre pays. En raison de la crise, les chiffres de 2009 ne sont pas encore stabilisés et peuvent faire l'objet de révisions.

³³ Salaires et traitements bruts (dont primes, rémunération des heures supplémentaires, versements au titre de la participation et de l'intéressement, avantages en nature) et cotisations sociales légales et volontaires à charge des employeurs (hors coûts intermédiaires : dépenses de formation, frais externes de recrutement, dépenses vestimentaires).

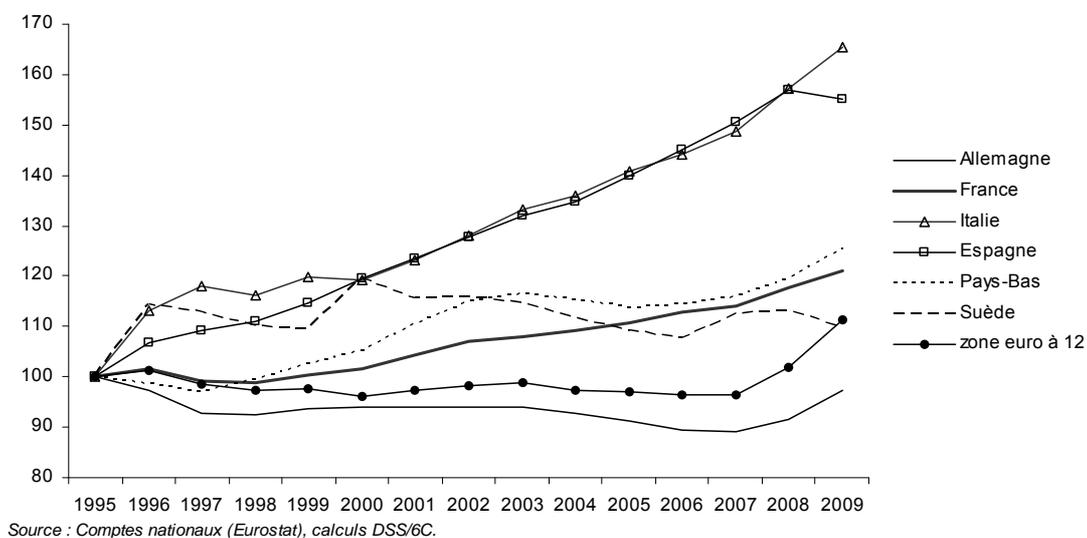
³⁴ Les secteurs concurrentiels regroupent l'ensemble des branches hors agriculture, pêche, administrations publiques, services collectifs, activités de ménages.

³⁵ Pour la Suède, l'évolution du coût salarial horaire est également influencée par les variations du change sur la période.

**Graphique 1 : Evolution du coût salarial horaire en € (1995=100)
secteurs concurrentiels**



**Graphique 2 : Evolution des coûts salariaux unitaires (1995=100)
secteurs concurrentiels**



La progression du salaire moyen par tête en France a soutenu la croissance du coût salarial horaire, tandis que les exonérations de cotisations sociales ont contenu cette croissance

Depuis 1995, la progression du coût salarial horaire en France est allée de pair avec le dynamisme des salaires bruts moyens par tête³⁶ (+ 2,6% en moyenne chaque année sur la période 1995-2008 dans les secteurs concurrentiels et + 2% dans l'industrie). Parallèlement, le volume global d'heures travaillées par salarié a reculé de 0,4% en moyenne chaque année dans les secteurs concurrentiels et de 1,2% dans l'industrie. La hausse du salaire moyen par tête a été de moindre ampleur en Allemagne (+ 1% dans les secteurs concurrentiels et + 1,2% dans l'industrie), en Espagne et aux Pays dans les secteurs concurrentiels (+ 2,1% et + 2,5% respectivement). Le volume horaire travaillé par salarié a plus reculé en Allemagne et en Espagne qu'en France dans les secteurs concurrentiels. Dans l'industrie, il a moins reculé qu'en France en Allemagne et en Espagne mais aussi en Italie et aux Pays-Bas.

A *contrario*, les exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale ont joué un rôle modérateur sur l'évolution du coût du travail en France, le coût du travail progressant moins rapidement que les salaires et traitements bruts³⁷. Par ailleurs, l'évolution des cotisations patronales est restée modérée sur la période 1995-2009 : le taux de cotisations patronales de sécurité sociale est passé de 30,28% à 30,38% du salaire brut³⁸, pour une rémunération au niveau du plafond de la sécurité sociale (34 308 € annuels en 2009)³⁹. Dans le même temps, les taux de cotisations patronales hors sécurité sociale ont progressé de 2,5 points, passant de 13,8% à 16,3%⁴⁰. Surtout, d'importantes exonérations de cotisations sociales ont été mises en œuvre depuis le début des années 1990, qui se sont traduites depuis 1995 par un recul de près de 18 points, au niveau du SMIC, du poids des cotisations patronales rapporté au salaire brut (recul de 20,5 points pour les cotisations patronales de sécurité sociale et hausse de 2,6 points pour les autres cotisations sociales patronales). Au total, ces exonérations de cotisations patronales au titre des allègements « Fillon » représentaient plus de 21 milliards d'euros en 2009 sur un montant global d'exonération de 30,2 milliards d'euros. Le taux d'exonération apparent (montant des allègements « Fillon » rapporté à l'assiette des cotisations) s'élève ainsi à 4,3% en 2009.

En Allemagne, la croissance du coût salarial horaire a également été modérée par des choix réglementaires : baisse des taux de cotisations chômage consécutive à l'introduction d'une TVA sociale en janvier 2007⁴¹ et relative stabilité des autres taux de cotisation grâce aux réformes introduites au cours des années 2000 notamment sur le marché du travail⁴² (hors baisses temporaires des cotisations patronales maladie et chômage en 2009 et 2010 dans le cadre du plan de relance). En revanche, les exonérations de cotisations sociales en Allemagne sont très peu développées. Elles ne concernent que les salaires inférieurs à 800 € mensuels (*mini jobs* et *midi jobs*). Il s'agit d'allègements de cotisations salariales partiellement compensés par des hausses de cotisations patronales.

³⁶ Le salaire moyen par tête et le volume horaire par salarié sont calculés à partir des données diffusées par Eurostat (comptes nationaux et enquête force de travail) pour la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas sur la période 1995-2008.

³⁷ Salaires et traitements bruts de cotisations sociales salariales et nets de cotisations sociales patronales.

³⁸ En 2006, le taux de cotisation vieillesse patronale a augmenté de 0,10 point.

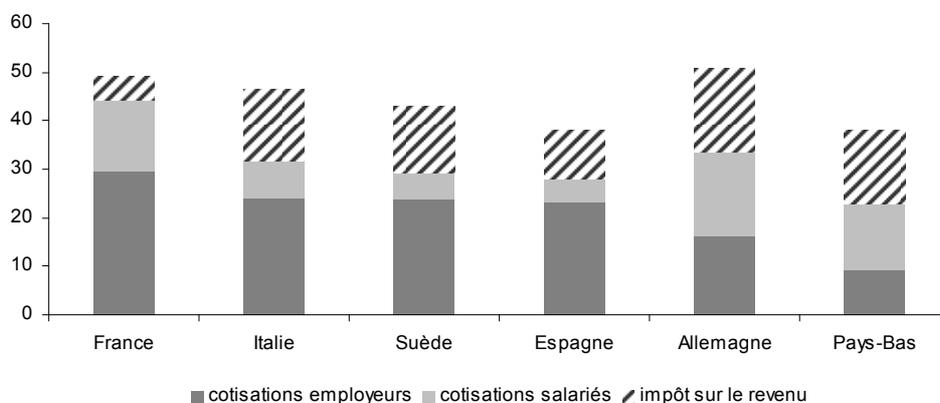
³⁹ Cotisations pour un cadre dans une entreprise de plus de 20 salariés.

⁴⁰ Depuis 1995, les reculs des cotisations ASSEDIC de 0,18 point et de l'AGS de 0,05 point ont été plus que compensés par les hausses des autres cotisations/contributions : ARRCO (+1,5 point), versement transport (+0,4 point à Paris et en proche couronne), CSA (+0,3 point, créée en 2004), CET (+0,22 point, créée en 1997), apprentissage (+0,18 point, créée en 2005), formation professionnelle (+0,10 point), AGFF (+0,04 point).

⁴¹ Initialement, le rendement de la hausse de trois points de la TVA (de 16 % à 19 %) devait être affecté à une baisse de deux points du taux de cotisation chômage (de 6,5% à 4,5%). Au final, deux tiers de cette hausse ont été attribués au budget fédéral, afin de réduire le déficit budgétaire alors que l'Allemagne faisait encore l'objet d'une procédure pour déficit excessif. De ce fait, seule la moitié de la baisse des cotisations chômage a été compensée par la hausse de la TVA.

⁴² Cf. Fiche 7-1 « L'évolution comparée du coût du travail en France et en Allemagne », CCSS juin 2010.

**Graphique 3 : Coins socio-fiscaux en 2009
(prélèvements en % du coût du travail)**

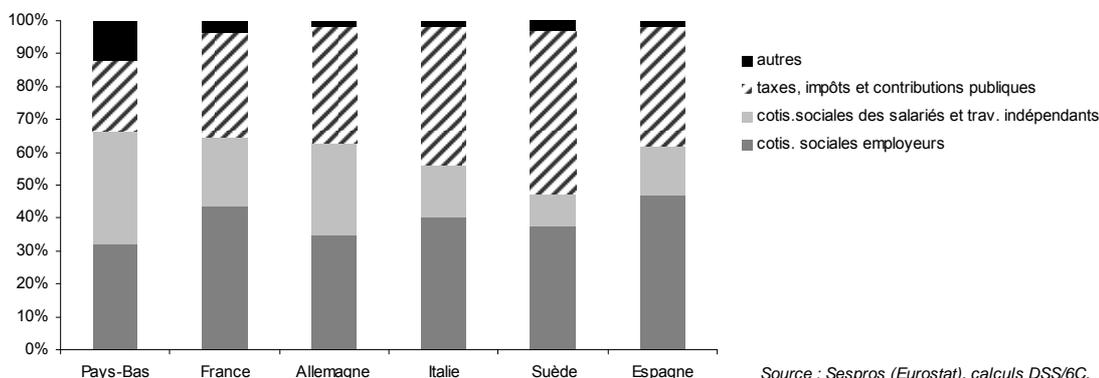


Source : OCDE (Taxing wages) et retraitement des CSG et CRDS en cotisations salariales (DSS/6C).

Champ : célibataire sans enfant rémunéré au niveau du salaire moyen (salariés à temps complet hors agriculture, administrations, secteurs de l'éducation et de la santé, associations et services à la personne).

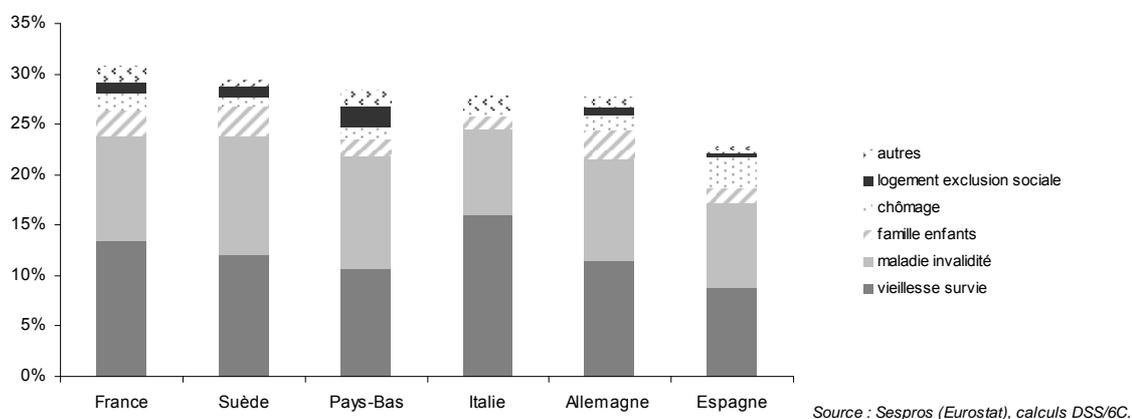
Définition : Le coin socio fiscal est l'écart entre le coût du travail pour l'employeur (salaire brut et cotisations sociales patronales) et le revenu net de tous prélèvements (cotisations et impôts) perçu par le salarié, exprimé en % du coût du travail.

**Graphique 4 : Repartition des recettes de protection sociale en 2008
(en % du total des recettes)**



Source : Sespros (Eurostat), calculs DSS/6C.

Graphique 5 : Dépenses publiques de protection sociale (% du PIB) en 2008



Source : Sespros (Eurostat), calculs DSS/6C.

En Italie, après la mise en place en 1998 de l'IRAP (impôt régional sur les activités productives assis sur la valeur ajoutée) destiné à participer au financement de la protection sociale, plusieurs réductions ou suppressions de cotisations patronales relatives à la maternité et aux allocations familiales se sont succédé. Des exonérations de cotisations patronales ont également vu le jour.

Une progression du coût salarial horaire en ligne avec celle de la productivité horaire

Pour procéder à l'évaluation de la compétitivité coût d'une économie, il est nécessaire de comparer l'évolution du coût salarial horaire à celle de la productivité. En effet, une hausse du coût salarial horaire est sans incidence sur la compétitivité lorsqu'elle s'accompagne d'une amélioration de la productivité horaire des salariés. Sur la période 1995-2009, la productivité horaire du travail⁴³ a progressé de 1,3% en France en moyenne chaque année, dans les secteurs concurrentiels. Cette progression est plus faible que celle de la Suède (+ 2,2%), de l'Allemagne (+ 1,8%) et des Pays-Bas (+ 1,6%), mais elle est nettement plus élevée que celles de l'Espagne (progression nulle) et de l'Italie (- 0,5%). Dans les secteurs de l'industrie (hors construction), c'est la France qui enregistre la plus forte progression de sa productivité horaire (+ 2,7% en moyenne chaque année). Elle est suivie par l'Allemagne et les Pays-Bas (+ 2,3%), puis par l'Espagne (+ 1,2%) et l'Italie (- 0,1%).

Au regard de la croissance du coût du travail corrigé de la productivité (coûts salariaux unitaires), la France se situe dans une position intermédiaire par rapport à ses voisins européens (cf. graphique 2). Sur la période 1995-2009, son coût salarial unitaire a progressé plus rapidement qu'en Suède et qu'en Allemagne mais moins vite que dans les autres pays européens. L'évolution atypique de l'Allemagne tient à la modération salariale qui s'est opérée dans la première moitié des années 2000.

Les prélèvements sociaux qui pèsent sur le coût du travail reflètent des niveaux différents de protection sociale et des choix de financement distincts

La structure et le niveau des prélèvements obligatoires qui pèsent sur le coût du travail diffèrent selon les économies. Ils reflètent des niveaux de protection sociale et des stratégies de financement sous-jacentes distinctes.

La France se distingue des autres pays européens par un poids plus important des contributions et cotisations sociales, qu'elles soient patronales ou salariales

En 2009, les cotisations et contributions sociales à charge des employeurs représentaient 29,7% du coût du travail dans le cas d'un célibataire sans enfant rémunéré au niveau du salaire moyen, CSG et CRDS comprises (cf. graphique 3). Ces mêmes cotisations et contributions représentaient entre 23 et 24% du coût du travail en Italie, en Suède et en Espagne, 16,3% en Allemagne et 9,1% aux Pays-Bas. Charges salariales comprises, le poids global des cotisations sociales dans le coût du travail (coût social) s'élevait à 44,5% en France en 2009, loin devant les autres pays européens où le coût social ne dépasse pas 34%. A l'inverse, ces autres pays ont un coût fiscal (impôt sur le revenu rapporté au coût du travail) beaucoup plus élevé que celui de la France (4,7% pour la France contre plus de 10% pour les autres pays).

⁴³ La productivité horaire du travail est calculée en rapportant la valeur ajoutée en volume des branches au volume horaire total des salariés de ces mêmes branches. En effet, la valeur ajoutée des seuls salariés ne peut être identifiée. La tendance à la salarisation observée, dans l'ensemble des secteurs, sur la période 1995-2009 en Espagne, Italie, France, zone euro à 12 et Suède peut avoir exercé une pression à la baisse sur le ratio de productivité tel que présenté ici. Les données sont issues de la comptabilité nationale (Eurostat).

Ces différences dans la nature des prélèvements témoignent en partie des stratégies de financement de la protection sociale...

La France a opté pour un système qui s'appuie essentiellement sur les cotisations et contributions sociales sur les salaires, en conséquence de la logique plutôt assurantielle de son système de protection sociale (cf. graphique 4). En revanche, dans d'autres pays comme la Suède, l'Italie ou l'Allemagne, le financement de la protection sociale est davantage fiscalisé qu'en France. A titre d'exemple, en Allemagne, la branche famille est entièrement financée par l'impôt. En Suède, les dépenses de santé sont très majoritairement financées par l'impôt sur le revenu.

...et des choix différents quant au niveau de couverture publique de la protection sociale

Selon les données SESPROS diffusées par Eurostat, le champ de la protection sociale est plus large et les prestations plus généreuses en France que dans les autres pays européens, notamment pour les risques vieillesse et maladie (cf. graphique 5). En 2008, les dépenses publiques de protection sociale dépassaient les 30% du PIB en France. En termes de dépenses liées à la vieillesse, la France se place au 2^{ème} rang européen derrière l'Italie. A ce titre, le niveau de vie des retraités est plus élevé en France que dans les autres pays européens. Le revenu des 65 ans et plus représente en moyenne 96% du revenu des moins de 65 ans contre 88% en Italie, 87% en Allemagne, 78% en Espagne et 75% en Suède. Pour les dépenses maladie, la France est au 3^{ème} rang derrière la Suède et les Pays-Bas.

Par ailleurs, les prélèvements obligatoires ne rendent pas compte du poids effectif des charges sur les entreprises et/ou les salariés. En effet, dans certaines économies, les régimes privés occupent un poids relativement important. Or, les prélèvements relatifs aux régimes privés, même lorsqu'ils sont obligatoires, ne sont pas pris en compte dans les statistiques de *Taxing wages* (OCDE).

Ainsi, aux Pays-Bas, la prise en compte des cotisations relatives aux régimes privés pour la santé et la retraite (cotisations essentiellement patronales) conduit à une forte hausse du coin social⁴⁴ (de 12,3% à 35,2% pour un célibataire sans enfant rémunéré au niveau du salaire moyen). En Italie, la prise en compte des cotisations employeurs au titre de la TFR (*Trattamento di fine rapporto*⁴⁵) se traduit par une hausse du coin social de 31,5% à 34,3%. Enfin, en Allemagne et en Espagne, les employeurs sont tenus d'assurer leurs salariés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles auprès d'une compagnie d'assurance privée. Ces prélèvements obligatoires ne sont pas pris en compte dans les statistiques de l'OCDE relatives aux coins socio-fiscaux. Pour ce qui est des régimes privés facultatifs, en Allemagne, un régime privé optionnel d'assurance maladie coexiste avec le régime légal. Ce régime est ouvert aux salariés, fonctionnaires et indépendants les plus aisés (salaire mensuel brut supérieur à 4050 €). Ce système permet à 10% des salariés les plus aisés de se désaffilier du régime légal, soit 8,8 millions d'assurés en 2009. Si l'on permettait en France aux 10% des assurés les plus favorisés de s'assurer librement, cela priverait l'assurance maladie d'au moins 20% de ses recettes, tandis que les dépenses ne seraient réduites que de 8%, soit un déficit accru d'environ 20 milliards d'euros.

Ainsi, la prise en compte du financement privé de la protection sociale, qui pèse fortement dans certains pays sur les charges effectives des entreprises, relativise la position de la France en termes de poids des prélèvements obligatoires et de la dépense sociale.

⁴⁴ Source : OCDE [2009], « Les prélèvements obligatoires non fiscaux comme charge additionnelle sur les revenus du travail », *Les impôts sur les salaires 2008-2009*.

⁴⁵ Initialement, la TFR était une indemnité de licenciement versée aux salariés à la fin de leur contrat de travail. Depuis 1993, cette indemnité peut être versée à un fond de pension privé pour financer une retraite complémentaire.

Encadré : les statistiques relatives au coût horaire du travail (comparaison internationale)

Comptabilité nationale

Ces statistiques sont publiées à fréquence trimestrielle et annuelle. Elles sont collectées auprès des instituts statistiques nationaux par Eurostat et l'OCDE qui procèdent à une harmonisation. Elles fournissent une estimation du coût du travail sous l'item « rémunération des salariés (D1) ». Il recouvre les salaires et traitements bruts (D11 : salaires bruts, heures supplémentaires, primes, versements au titre de la participation et de l'intéressement, avantages en nature) et les cotisations sociales légales et volontaires à charge des employeurs (D12). Les données de comptabilité nationale sont exhaustives. Elles couvrent tous les salariés, y compris les apprentis appartenant à l'ensemble des secteurs. En outre, elles permettent de rapporter le coût du travail au nombre d'heures effectives de travail salarié afin d'obtenir le coût salarial horaire. Elles permettent également de confronter le coût du travail à sa productivité pour raisonner en termes de coût salarial par unité produite (coût salarial unitaire).

ECMO (Enquête sur les coûts de la main d'œuvre)

Enquête quadriennale qui fournit depuis 1996 des informations structurelles sur le niveau du coût du travail et le nombre d'heures effectivement travaillées. Il s'agit de l'une des deux enquêtes ECMOSS, l'autre étant sur la structure des salaires (ESS). Le champ de l'enquête regroupe les entreprises de plus de 10 salariés du secteur marchand non agricole. Les apprentis et intérimaires sont exclus. Dans cette enquête, le coût du travail comprend l'ensemble des rémunérations (y compris épargne salariale), les cotisations sociales, les taxes nettes de subventions mais aussi, à la différence des données de la comptabilité nationale et des ICT (*cf. infra*), les coûts intermédiaires (dépenses de formation, frais externes de recrutement, dépenses vestimentaires).

Indices du coût du travail (ICT)

Les indices du coût du travail sont publiés par Eurostat à cadence trimestrielle, pour l'ensemble des secteurs marchands non agricoles (industrie, construction, tertiaire). Dans le cas de la France, le calcul de cet indice est effectué à partir de trois sources de données : l'ACOSS pour la masse salariale, les effectifs et les exonérations de charges sociales, l'enquête ACEMO de la DARES pour le volume horaire de travail et l'enquête sur le coût de la main d'œuvre (ECMO) de l'Insee pour les autres coûts. Les ICT ne permettent pas l'analyse du niveau du coût horaire mais uniquement de son évolution, en raison de la multiplicité des sources. Ils sont utilisés pour extrapoler les données quadriennales de l'enquête ECMO et fournir les données annuelles sur le coût du travail, en dépit des différences de champ de ces deux enquêtes. En effet, les établissements de moins de 10 salariés sont inclus dans le champ des ICT. En revanche, les ICT ne tiennent pas compte de l'épargne salariale ni des coûts liés à la formation, au recrutement et aux dépenses vestimentaires.

Enquêtes annuelles d'entreprises

Le champ des enquêtes annuelles d'entreprises se limite aux entreprises de 20 salariés ou plus ou de plus de 5 millions d'euros de chiffre d'affaires, appartenant au secteur marchand non agricole et hors services financiers. Les éléments relatifs au coût du travail correspondent aux salaires et traitements et aux charges sociales inscrites au compte de résultat de ces entreprises (en charges d'exploitation). De façon plus générale, l'objectif de ces enquêtes est d'établir des statistiques sur la structure des entreprises (diversité des activités, leur évolution, facteurs de production mis en œuvre), la diversification géographique des établissements, leurs performances économiques et leur développement régional, national, communautaire et internationales.

US Department of Labor (BLS)

Le BLS (*Bureau of Labor Statistics*) du *Department of Labor* américain fournit des statistiques internationales de coût du travail. Le champ retenu est celui des salariés à temps plein, hors apprentis, mais incluant les intérimaires. Dans le cas européen, les enquêtes ECMO sont notamment mobilisées. Dans le cas de la France, les sources supplémentaires utilisées sont les DADS, l'enquête ACEMO et l'ICT.

Taxing wages (OCDE)

Ces données publiées par l'OCDE sont des cas-types et ne concernent pas directement les coûts salariaux horaires. Elles permettent néanmoins une comparaison internationale des charges fiscales et sociales pesant sur les revenus du travail. Pour chaque pays et pour différents niveaux de rémunérations et compositions familiales, l'OCDE indique le poids des cotisations sociales à charge des employeurs et des salariés, le poids des impôts sur les revenus du travail ainsi que les allocations familiales, le cas échéant.

7. LES TRANSFERTS

7.1. VUE D'ENSEMBLE SUR LES TRANSFERTS

Les transferts évoqués ici sont, d'une part, les transferts en provenance ou à destination d'autres régimes de sécurité sociale ou des fonds de financement et, d'autre part, les transferts internes au régime général. Ils ne comprennent pas les contributions de l'Etat au titre des prises en charge de cotisations.

Les transferts internes au régime général atteignent 6,6 Md€ en 2010

Certains transferts financiers sont internes au régime général puisqu'ils se font entre ses différentes branches (voir tableau 1). Ils sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général en charges et en produits (à l'exception des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux), et n'ont donc pas d'impact sur le résultat de ce régime. Ils ont représenté 6,6 Md€ en 2010, soit une baisse de 1,8% par rapport à 2009. En 2011, les transferts internes repartiraient à la hausse (+5,0%) pour atteindre 7,0 Md€.

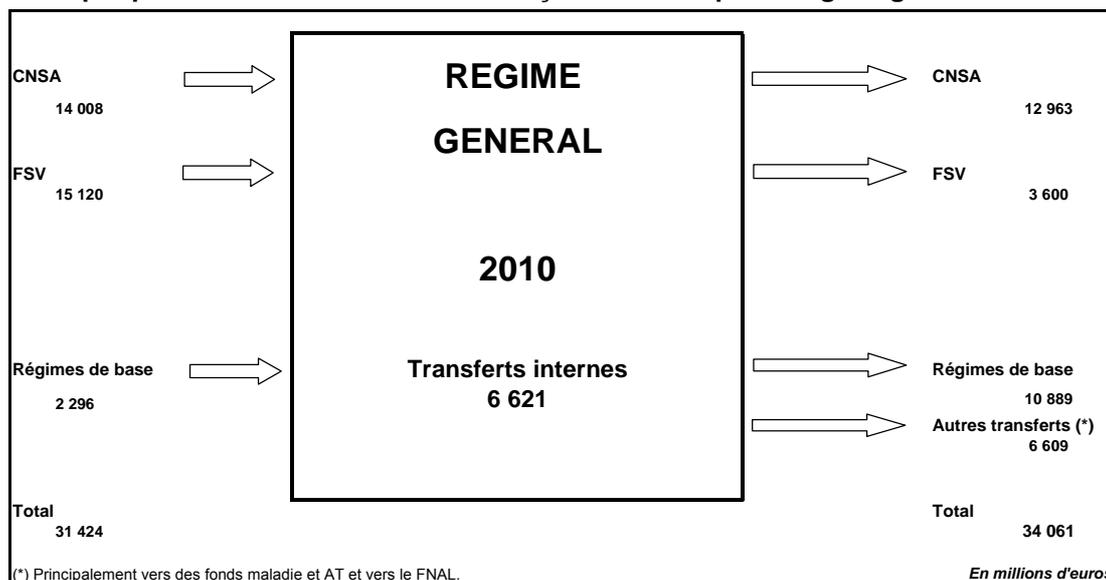
Le transfert interne le plus important en montant est un transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF (prise en charge des cotisations des bénéficiaires de ce dispositif) : il atteint 4,3 Md€ en 2010 et serait proche de 4,5 Md€ en 2011. La contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles reste stable en 2010 (710 M€) et sera identique en 2011. En revanche, en 2011, la contribution de la CNAM-AT au régime général devrait augmenter de 35 M€ du fait de la prise en charge de la pénibilité dans le cadre de la loi réformant l'âge de départ à la retraite. Les prises en charge des cotisations maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) par la CNAM, qui représentent un transfert de près de 1,4 Md€ en 2010, progresseraient globalement de 3,2% en 2010 et de 5,9% en 2011. Enfin, le congé de paternité, remboursé par la CNAF à la CNAM, a augmenté de près 3,4% en 2010 en lien avec la légère augmentation des naissances (0,4%).

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

En 2010, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est négatif à hauteur de 2,6 Md€. Ce déséquilibre devrait se résorber intégralement en 2011, puisque le solde deviendrait excédentaire de plus de 500 M€, principalement du fait de la hausse des transferts nets du FSV (+28% soit +3,2 Md€) liée à la prise en charge du minimum contributif (MICO) par le FSV pour la CNAV.

Le résultat pour chacune des branches du régime général est contrasté : seule la CNAV dégage un solde positif du fait des transferts qu'elle reçoit du FSV pour la prise en charge de cotisations et de prestations. De 13,9 Md€ en 2010, cet excédent passerait à 18,4 Md€ en 2011. Il avait augmenté en 2009 en raison principalement de l'augmentation du transfert au titre des cotisations des chômeurs. Les nouvelles prises en charge des cotisations au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et AT-MP au 1^{er} juillet 2010, puis les prises en charge de prestation au titre du minimum contributif en 2011 contribuent à la progression de l'excédent depuis 2010. Les autres branches versent davantage de transferts qu'elles n'en reçoivent. Le solde de ces opérations s'élevait à -2,2 Md€ pour la CNAM en 2010, contre -2,5 Md€ en 2009. Cette baisse témoigne d'une diminution des versements nets relatifs aux mécanismes de compensation de 150 M€ et d'une hausse des transferts nets reçus de la CNSA de 210 M€. En 2011, le solde se dégraderait à -2,5 Md€. En 2009, le solde des transferts de la CNAM AT a conservé son niveau de 2009 (-2,5 Md€), mais il se dégraderait progressivement à partir de 2011 avec la prise en charge de la pénibilité. Enfin, la branche famille a versé 11,8 Md€ de transferts nets en 2010 (11,2 Md€ en 2009) du fait de ses prises en charge de prestations (majorations de pensions de retraite en faveur des parents de trois enfants) et du financement du FNAL (allocations logement). Ce transfert devrait augmenter en 2011 en raison de la prise en charge intégrale par la CNAF des majorations de pension, ce qui dégraderait le solde à -13 Md€.

Graphique 1 - Résumé des transferts reçus et versés par le régime général en 2010



Graphique 2 – Evolution des soldes des transferts par branche

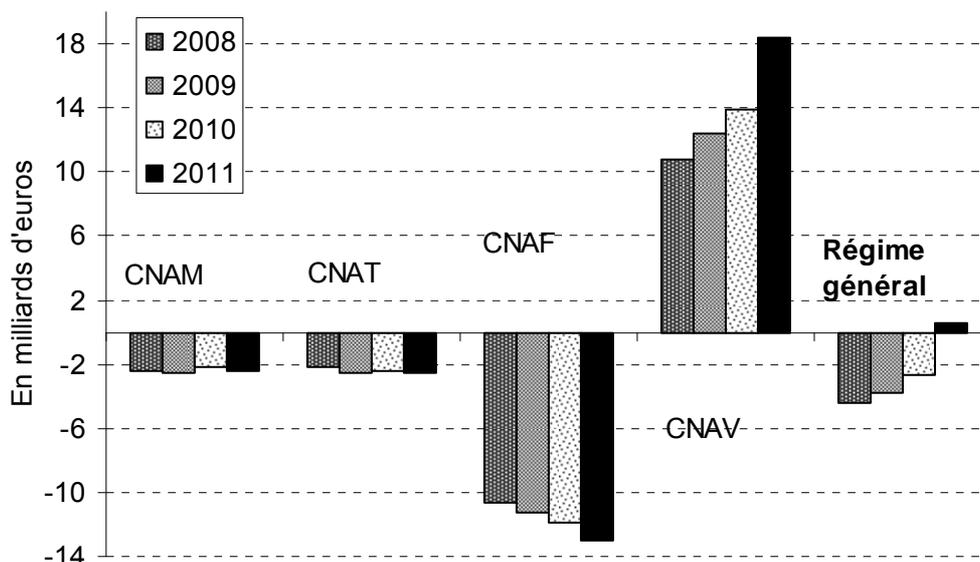


Tableau 1 – Transferts internes au régime général

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
CNAF vers CNAV au titre de l'AVPF	4 383	4 434	1,2	4 261	-3,9	4 465	4,8
interne CNAM au titre des cotis. Maladie des PAM	1 109	1 129	1,8	1 161	2,9	1 238	6,6
CNAM vers CNAF au titre des cotis. Famille des médecins	247	255	3,1	266	4,5	273	2,7
CNAF vers CNAM au titre du congé paternité	218	216	-0,8	224	3,4	231	3,2
CNAM-AT vers CNAM au titre de la sous déclaration des AT	410	710	73,2	710	0,0	710	0,0
CNAM-AT vers CNAV au titre de la pénibilité	0	0	-	0	-	35	-
Total des transferts internes au régime général	6 366	6 743	5,9	6 621	-1,8	6 951	5,0

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

7.2. LES TRANSFERTS REÇUS

En 2010, les transferts reçus par le régime général représentent 11,7% de ses produits, soit 38 Md€ (35,6 Md€ en 2009). Leur augmentation significative en 2010 (+7%) s'explique principalement par le dynamisme des prises en charge de prestations médico-sociales par la CNSA (+8,8%) et le maintien d'une croissance forte de la prise en charge par le FSV des cotisations retraite des chômeurs (+13,5% après +18,1% en 2009). En 2011, la croissance des transferts reçus devrait s'accélérer (+12%) pour atteindre 42,6 Md€ du fait de nouveaux transferts, notamment la prise en charge du minimum contributif (MICO) par le FSV.

83% de ces transferts, soit 31,4 Md€ en 2010, sont reçus d'organismes tiers : le FSV, la CNSA⁴⁶ et les autres régimes de base de sécurité sociale.

Les transferts reçus du FSV sont dynamiques

Le FSV compense à la CNAV des dépenses de prestations (minimum vieillesse et majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge) et acquitte les cotisations retraite des assurés au titre des périodes de chômage et, à compter du 1^{er} juillet 2010, de maladie, de maternité, de paternité, d'invalidité et d'AT-MP. Ces flux représentent 39,7% des transferts reçus par le régime général en 2010. Les prises en charge de cotisations (9,5 Md€ en 2010) restent en forte augmentation en 2010 en raison d'un chômage encore en hausse et des nouvelles prises en charge. Les prises en charge de cotisations par le FSV resteraient très dynamiques en 2011 et atteindraient 10,3 Md€ (+8,1%).

Les prises en charge de prestations par le FSV ont augmenté de 3,7% en 2010 pour atteindre 5,6 Md€, portées par le dynamisme des prestations vieillesse (voir fiche 12-1). En 2011, ce transfert augmenterait très fortement pour atteindre 8,9 Md€ du fait de la mise en place de la prise en charge par le FSV des dépenses de la CNAV afférentes au minimum contributif.

L'apport de la CNSA reste en forte croissance

La participation de la CNSA aux dépenses de la CNAM et de la CNAM-AT au titre des prestations médico-sociales (soit un tiers des transferts reçus par le régime général) a continué d'augmenter en 2010 (+8,8%) en raison de la croissance rapide de ces prestations. En 2011, compte tenu des hypothèses retenues, ce transfert ralentirait (+4,1%) pour atteindre 14,6 Md€.

Les transferts en provenance des autres régimes de base liés à des mécanismes de compensation baisseraient en 2010

Ces transferts se sont élevés à 2,3 Md€ en 2010. Ils comprennent les sommes reçues au titre des compensations et des intégrations financières, les transferts liés à l'adossement financier du régime des industries électriques et gazières, les contributions de la MSA et du RSI au financement des cotisations sociales maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que diverses contributions (versements de cotisations des régimes spéciaux à la CNAV ou contributions des autres régimes maladie au régime maladie des étudiants). En 2011, ces transferts reculeraient de 350 M€ essentiellement en raison d'une baisse des régularisations reçues pour compensation et des cotisations reçues par la CNAV au titre des validations de service.

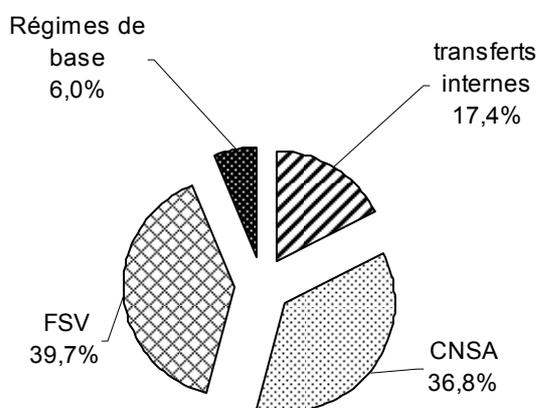
⁴⁶ Les transferts entre CNSA et branches maladie et AT-MP consistant pour l'essentiel en un flux croisé portant sur l'ONDAM médico-social, l'impact sur le solde de ces branches se limite toutefois à l'apport propre de la CNSA (voir fiche 7-3).

Les transferts reçus par le régime général

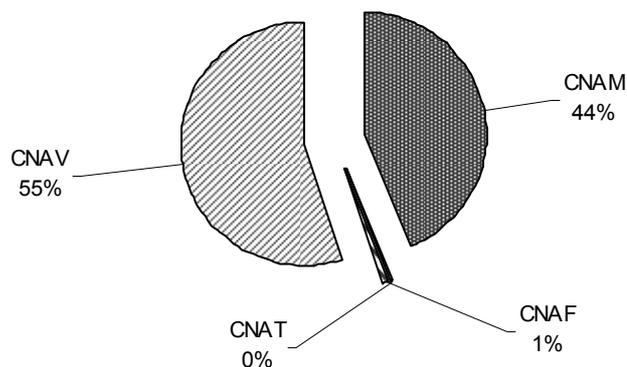
En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Transferts internes au régime général	6 366	6 743	5,9	6 621	-1,8	6 951	5,0
Transferts (hors transferts internes)	26 333	28 819	9,4	31 424	9,0	35 662	13,5
<i>Transferts venant des régimes de base</i>	2 266	2 156	-4,9	2 296	6,5	1 948	-15,2
compensations démographiques	185	297	60,1	268	-9,7	63	-76,3
Intégrations financières	154	196	27,5	199	1,8	200	0,3
Transferts liés à l'adossment des IEG	1 165	1 200	2,9	1 219	1,6	1 233	1,2
Autres transferts venant des régimes de base	762	464	-39,1	610	31,5	451	-26,0
Prise en charge de cotisations PAM par les régimes de	370	59	-84,0	201	++	222	++
Autres transferts venant des régimes de base	392	404	3,3	409	1,0	229	-44,0
<i>Transferts venant du FSV</i>	12 346	13 791	11,7	15 120	9,6	19 133	26,5
Prise en charge de prestations	5 266	5 432	3,2	5 632	3,7	8 870	57,5
Prise en charge de cotisations	7 080	8 359	18,1	9 488	13,5	10 263	8,2
<i>Transferts venant de la CNSA</i>	11 721	12 872	9,8	14 008	8,8	14 581	4,1
Contributions au FCAT et au FCATA	0	0	-	0	-	0	-
Versements des régimes complémentaires	0	0	-	0	-36,7	0	0,0
Ensemble	32 699	35 562	8,8	38 045	7,0	42 613	12,0

Graphique 1 – Les transferts reçus par le régime général en 2010 identifiés par source



Graphique 2 – Les transferts reçus par branche du régime général en 2010



7.3. LES TRANSFERTS VERSÉS

En 2010, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 40,7 Md€ (contre 39,3 Md€ en 2009), soit plus de 11,6% de l'ensemble de ses charges. Hors transferts internes au régime (*cf.* fiche 7-1), les transferts versés par le régime général ont atteint 34,1 Md€ (contre 32,6 Md€ en 2009). Cette augmentation (+4,5%) est soutenue par le dynamisme de la dotation ONDAM versée à la CNSA (+7,8% en 2010) et par l'augmentation, de 15 points en 2010 et 2011, de la part des majorations de pension financée par la CNAF, qui majore le transfert de la CNAF vers le FSV effectué à ce titre. En 2011, les transferts versés (hors transferts internes) augmenteraient de 3,2% pour atteindre 35,1 Md€.

Les transferts versés aux autres régimes de base baissent légèrement en 2010 et nettement en 2011

En 2010, le régime général a effectué des transferts vers les autres régimes de base, principalement au titre de la compensation démographique et des mécanismes de solidarité financière, pour un montant de 10,9 Md€, en légère baisse (-0,8%) par rapport à 2009.

Ce recul s'explique principalement par la baisse des compensations démographiques (16,5% du total des transferts), le régime général devenant bénéficiaire de la compensation démographique maladie cette année et la contraction tendancielle des transferts de compensation démographique vieillesse se poursuivant (*cf.* fiche 6.2 du rapport CCSS de septembre 2010). En 2010, les intégrations financières⁴⁷ et les transferts d'équilibrage partiel versés par le régime général ont crû modérément de 1,7% et représentaient près de 2,2 Md€.

En 2011, les transferts versés aux autres régimes de base devraient diminuer de plus de 600 M€. Cette contraction de près de 6% traduirait un recul plus marqué des transferts de compensation (-8,7%) et une diminution de 3,7% des transferts pour intégration financière. Ces dynamiques seraient principalement le fait de la prise en charge du minimum contributif par le FSV en 2011, cette prise en charge diminuant le volume des transferts de compensation démographique vieillesse ainsi que le transfert équilibrant le solde de la branche vieillesse des salariés agricoles.

La plupart des autres transferts vont vers des fonds

Le principal transfert est la contribution de la CNAF au financement du FNAL (près de 4 Md€ en 2010) au titre des allocations logement (APL et ALT). Ce transfert a augmenté de 1,9% en raison de la récession qui a augmenté le nombre de bénéficiaires (*cf.* fiche 14-2).

Les autres transferts sont constitués de versements à des fonds par la branche maladie (FMESPP, FIQCS...) et par la branche AT-MP, notamment aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA et FCAATA). Les dotations de la branche AT-MP à ces deux fonds ont représenté 1,2 Md€ en 2010 et augmenteraient de 2,6% en 2011.

Le versement de la CNAF au FSV au titre des majorations de pension conserve en 2010 et 2011 une progression très rapide suivant la hausse de la part de la CNAF dans leur financement, cette part atteignant 100% en 2011. Le transfert en 2011 sera de 4,4 Md€.

Les transferts vers des régimes complémentaires correspondent à la cotisation vieillesse des praticiens et auxiliaires médicaux versée à la CNAVPL au titre du régime ASV. Ils représentaient près de 360 M€ en 2010 et augmenteraient de 5% en 2011.

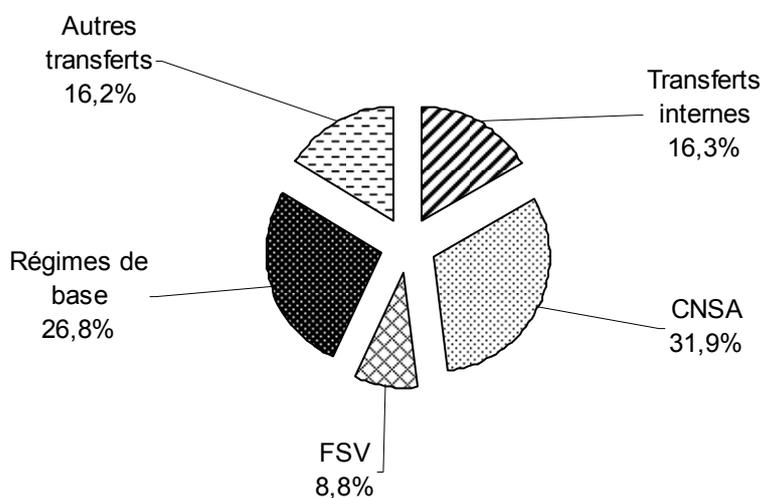
⁴⁷ Le régime général assure l'équilibre des régimes qui lui sont intégrés financièrement : salariés agricoles et cultes en maladie et vieillesse, régime des militaires, des marins et exploitants agricoles en maladie. Il verse également, dans la branche AT-MP, des transferts de compensation au régime des salariés agricoles et au régime des mines qui sont également comptés sur ce poste.

Les transferts versés par le régime général

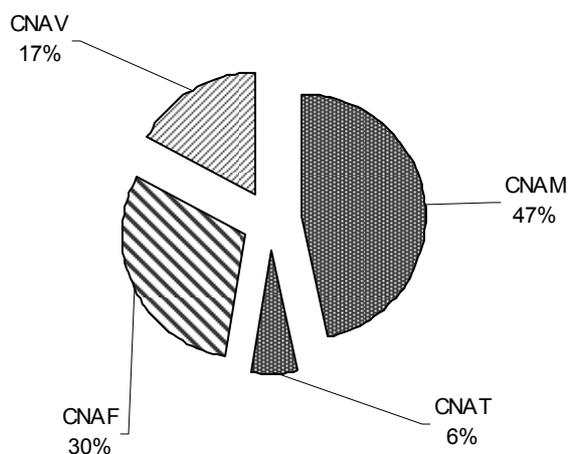
En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Transferts internes au régime général	6 366	6 743	5,9	6 621	-1,8	6 951	5,0
Transferts (hors transferts internes)	30 727	32 601	6,1	34 061	4,5	35 134	3,2
Transferts vers des régimes de base	10 944	10 978	0,3	10 889	-0,8	10 266	-5,7
compensations démographiques	6 801	6 815	0,2	6 721	-1,4	6 136	-8,7
Intégrations financières	2 197	2 198	0,1	2 236	1,7	2 154	-3,7
Transferts liés à l'adossment des IEG	1 477	1 509	2,2	1 531	1,4	1 574	2,8
Autres transferts vers des régimes de base	469	456	-2,9	401	-12,0	402	0,3
Transfert de la CNAF vers les régimes de base	46	48	2,7	39	-18,3	40	3,2
Autres transferts vers des régimes de base	423	408	-3,5	362	-11,3	362	0,0
Transfert de la CNAF vers le FSV	2 386	2 883	20,8	3 600	24,9	4 387	21,9
Transferts vers la CNSA	11 051	12 024	8,8	12 963	7,8	13 593	4,9
Autres transferts	6 346	6 717	5,8	6 609	-1,6	6 888	4,2
Transferts vers des régimes complémentaires	336	369	10,0	357	-3,3	376	5,4
Subventions et participations	5 883	6 225	5,8	6 125	-1,6	6 380	4,2
Transferts vers des fonds maladie et AT	2 013	2 344	16,4	2 169	-7,5	2 296	5,8
Dotation au FNAL	3 870	3 881	0,3	3 955	1,9	4 084	3,3
Transferts divers	127	123	-3,3	128	4,0	131	2,9
Ensemble	37 093	39 344	6,1	40 682	3,4	42 085	3,4

Graphique 1 – Les transferts versés par le régime général en 2010 identifiés par destination



Graphique 2 – Les transferts versés par branche du régime général en 2010



8. VUE D'ENSEMBLE DES DEPENSES DU REGIME GENERAL

8.1. VUE D'ENSEMBLE DES DÉPENSES

Les dépenses nettes du régime général sont principalement constituées des prestations nettes versées (prestations légales essentiellement, mais également prestations extralégales et autres prestations). Le reste des dépenses se décompose en transferts entre organismes (en dehors des transferts internes au régime général, cf. fiche 7-1), dépenses de gestion administrative, frais financiers et autres dépenses. Cette fiche présente l'évolution des dépenses nettes (cf. encadré 1) et de ses différentes composantes pour le régime général.

L'augmentation des dépenses nettes du régime général est de 3,3% en 2010

Les dépenses du régime général ont progressé de 3,3% en 2010, pour atteindre 316,1 Md€ (cf. tableau 1), et devraient croître de 3,4% en 2011. La moitié des dépenses du régime général sont des dépenses d'assurance maladie, et un tiers d'assurance vieillesse (cf. graphique 1). Les branches famille (16%) et AT-MP (3%) ont un poids plus faible dans le total.

Les dépenses de la branche vieillesse sont les plus dynamiques en 2010 et 2011 (+3,7% et +4,1%), tandis que les dépenses de l'assurance maladie progressent moins rapidement (3,1% en 2010 et 2,8% en 2011). La dynamique des dépenses s'explique principalement par l'évolution des prestations légales nettes, qui représentent 89% des dépenses du régime général (cf. graphique 2). Les transferts (7%) et les dépenses de gestion administrative (3%) constituent respectivement les deuxième et troisième postes de dépenses du régime général.

La dynamique des prestations légales est différente selon les branches

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

Les prestations familiales et de retraite ont des déterminants pour partie analogues. Il s'agit dans les deux cas de prestations en espèces, qui font l'objet d'une revalorisation annuelle en fonction de l'inflation. Les mécanismes d'indexation ne sont cependant pas strictement identiques (cf. fiches 12-2 et 14-1). Ainsi, les pensions ont bénéficié d'une revalorisation annuelle moyenne de 0,9% en 2010 et de 1,8% en 2011, alors que la revalorisation des prestations familiales a été égale à 0% en 2010 et à 1,8% en 2011. Un effet prix plus favorable aux pensions de retraite en 2010 explique pour partie l'écart important observé entre les dynamiques respectives des prestations légales versées par la CNAF et par la CNAV. Cet écart est de 3,8 points en 2010 ; il ne serait que de 3,2 point en 2011.

L'évolution des prestations dépend également d'un effet volume qui est en revanche très différent dans les deux branches. La croissance des *prestations de vieillesse* est tirée par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby boom, qui remplacent les classes creuses nées dans l'entre-deux-guerres. Le nombre des départs en retraite (entre 700 000 et 750 000 par an) est le facteur principal d'augmentation des prestations servies par la CNAV. Celle-ci a toutefois été freinée en 2009 et 2010 par la réduction du coût du dispositif de départ anticipé. En 2011, le relèvement de l'âge légal à 60 ans et quatre mois pour les assurés nés au second semestre 1951 réduirait de près de 100 000 le nombre de départs en retraite. L'évolution en volume des *prestations familiales* est quant à elle largement déterminée par les tailles respectives des cohortes d'enfants nés dans l'année et des cohortes d'enfants arrivant à l'âge adulte, ainsi que par la réduction tendancielle de la taille des familles. La relative stabilité de ces mouvements explique l'atonie des prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial...), qui représentent 55% des masses versées au titre des prestations familiales. Les aides à la garde d'enfants, qui dépendent de la natalité mais également de l'offre de garde disponible et des comportements des parents en matière de recours, sont toutefois plus dynamiques.

Encadré 1 –Précisions méthodologiques

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

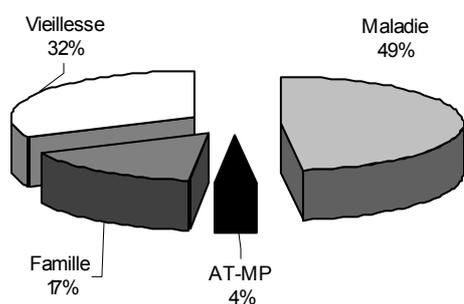
Enfin, un changement de périmètre comptable conduit à ne plus enregistrer en 2010 dans les comptes du régime général certaines prestations remboursées par l'Etat ou le FSI (AAH, API, allocation supplémentaire d'invalidité) et les transferts qui les financent. Les charges et les produits du régime se trouvent ainsi diminués de 6,7 Md€ en 2010 par rapport à 2009. C'est pourquoi l'analyse porte ici sur des agrégats 2009 recalculés sur le nouveau périmètre 2010.

Tableau 1 - Répartition des charges nettes par branche du régime général

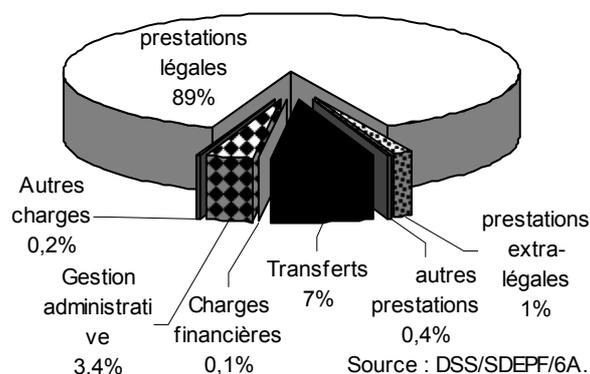
En millions d'euros

	2009	2010	%	2011(p)	%
Maladie	150 042	154 715	3,1	159 087	2,8
AT-MP	11 136	11 243	1,0	11 570	2,9
Famille	51 408	52 904	2,9	55 114	4,2
Vieillesse	98 699	102 385	3,7	106 576	4,1
Transferts internes au régime général	-5 360	-5 194	-3,1	-5 440	4,7
Régime général consolidé	305 925	316 053	3,3	326 906	3,4

Source : DSS/SDEPF/6A.

Graphique 1 - Répartition des dépenses par branche du régime général

Source : DSS/SDEPF/6A.

Graphique 2 - Répartition des dépenses du régime général par type de dépenses

Source : DSS/SDEPF/6A.

Les déterminants de l'évolution des prestations *d'assurance maladie* sont de nature très différente. Schématiquement, si l'on prend l'exemple des soins de ville⁴⁸, la dynamique de la croissance des dépenses de l'assurance maladie (+2,8% en 2010 pour le régime général) peut être analysée en termes d'effets prix (-0,8%), volume (+3,1%) et taux de remboursement (+0,5%). L'effet prix est la résultante des évolutions, parfois de sens contraires, qui affectent les tarifs des actes des professionnels de santé, des baisses de prix de médicaments opérées par le Comité économique des produits de santé, ainsi que de la croissance des salaires sous-jacents au calcul des indemnités journalières pour arrêts de travail.

L'effet volume, qui est généralement le plus élevé des trois, retrace à la fois l'accroissement de la population qui consomme des soins et l'intensité du recours à ces soins. Il est donc étroitement lié aux évolutions démographiques, que ce soit l'accroissement naturel de la population ou son vieillissement. Il dépend également de la conjoncture épidémiologique du moment et des comportements de prescription des professionnels de santé sur lesquels s'exercent les effets des politiques de maîtrise médicalisée des dépenses. Il retrace aussi les évolutions qui interviennent en matière de traitements médicaux (pour les médicaments : effets de généralisation et apparition de nouvelles molécules).

L'effet taux de remboursement rend compte quant à lui des modifications de taux mais aussi d'effets de structure dans la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie. Il est lui-même le résultat d'effets qui jouent généralement en sens contraires : ainsi, en 2010, les baisses de taux de remboursement ciblées sur certains médicaments ont été plus que compensées par la progression tendancielle de la proportion de personnes exonérées de ticket modérateur, principalement au titre d'une affection de longue durée.

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

D'autres éléments affectent l'évolution des dépenses du régime général

Au-delà des évolutions propres aux prestations légales, la dynamique relativement forte des prestations extralégales (+3,7% en 2010 et +7,2% en 2011) est notamment alimentée par les dépenses d'action sociale de la branche famille.

La progression des transferts de 3,3% en 2010 et de 2,4% résulte principalement de la montée en charge de la part des majorations de pensions financée par la CNAF (*cf.* fiche 18-5), qui engendre des transferts croissants vers le FSV, et pour 2011, de l'augmentation de la participation de la CNAF au financement du FNAL. Ces éléments compensent largement la diminution observée sur les transferts vers les régimes de base (-0,4% en 2010 et -4,4% en 2011) qui traduit des transferts de compensation et d'équilibrage plus faibles, notamment suite à la prise en charge du minimum contributif par le FSV (cette prise en charge bénéficie pour partie au régime des salariés agricoles, réduisant ainsi le transfert équilibrant son solde).

Par ailleurs, les dépenses de gestion administrative se sont contractées de 1,7% en 2010, en raison des efforts de maîtrise de la masse salariale de l'ensemble des branches du régime général (*cf.* fiche 8-2). Enfin, les frais financiers devraient fortement baisser en 2011 suite aux opérations de reprise de dette par la CADES.

⁴⁸ L'analyse serait conceptuellement similaire sur le champ de la dépense totale sur lequel nous ne disposons pas de la décomposition entre ces trois effets, réalisée par la CNAMTS.

Tableau 2 - Répartition des dépenses du régime général par type de dépenses

En millions d'euros

	2009	2010	%	2011(p)	%
Prestations nettes	272 708	281 849	3,4	291 970	3,6
<i>dont prestations légales</i>	267 876	276 683	3,3	286 566	3,6
<i>prestations extralégales</i>	3 905	4 048	3,7	4 341	7,2
<i>autres prestations</i>	927	1 118	20,5	1 063	-4,9
Transferts	21 833	22 547	3,3	23 094	2,4
<i>dont transferts vers des régimes de base</i>	12 395	12 344	-0,4	11 802	-4,4
<i>transferts vers le FSV</i>	2 883	3 600	24,9	4 387	21,9
<i>autres transferts</i>	6 555	6 604	0,7	6 906	4,6
Charges financières	121	346	++	282	-18,3
Gestion administrative	10 930	10 742	-1,7	11 052	2,9
Autres charges	332	569	71,0	508	-10,7
Charges nettes totales	305 925	316 053	3,3	326 906	3,4

Source : DSS/SDEPF/6A.

Tableau 3 - Répartition des prestations légales nettes du régime général par type de dépenses

En millions d'euros

	2009	2010	%	2011(p)	%
Maladie					
prestations légales nettes	137 015	141 006	2,9	145 461	3,2
prestations légales	136 282	140 852	3,4	145 406	3,2
dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	733	154		55	
AT-MP					
prestations légales nettes	7 574	7 703	1,7	7 929	2,9
prestations légales	7 503	7 696	2,6	7 917	2,9
dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	72	7		12	
Famille					
prestations légales nettes	33 632	34 471	2,5	35 119	1,9
prestations légales	34 239	34 424	0,5	35 021	1,7
dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	-607	46		98	
Vieillesse					
prestations légales nettes	89 655	93 504	4,3	98 056	4,9
prestations légales	89 593	93 433	4,3	98 033	4,9
dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	62	71		23	
Régime général					
prestations légales nettes	267 876	276 683	3,3	286 566	3,6
prestations légales	267 617	276 405	3,3	286 379	3,6
dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	259	278		188	

Source : DSS/SDEPF/6A.

8.2. LA GESTION ADMINISTRATIVE

Avertissement : Les dépenses de gestion administrative font l'objet de budgets généralement limitatifs négociés à un horizon pluriannuel dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et chacune des caisses nationales gestionnaires de ces fonds. L'essentiel des éléments chiffrés repris dans cette fiche sont issus de cette approche budgétaire. Celle-ci n'est pas totalement comparable avec les comptes des organismes. A titre d'exemple les budgets de gestion administrative intègrent les dépenses d'investissement alors que seuls les amortissements sont inscrits en charge dans les comptes. En outre, il convient d'opérer une distinction entre les dépenses limitatives des branches, dont le périmètre comprend les crédits de fonctionnement, y compris la masse salariale, et les crédits d'investissement, et les dépenses brutes qui incluent ces dépenses limitatives mais aussi des dépenses évaluatives, telles les dotations aux amortissements ou les contributions qui s'imposent, par leur nature, à chacune des branches (contribution à des groupements d'intérêt public ou à des organismes tels que l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale). Lorsqu'il n'est pas précisé, le périmètre retenu ici correspond aux dépenses brutes.

En termes budgétaires, les dépenses prévisionnelles de gestion administrative s'élèvent à 11 Md€ en 2011.

En 2010, les dépenses de gestion administrative du régime général (dépenses d'investissement comprises) se sont élevées à 10,3 Md€, soit une diminution de 1,3% par rapport à un exécuté 2009 retraité pour rester à champ constant. Ce retraitement a consisté à intégrer des changements de comptabilisation des dépenses sur les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion des branches maladie et recouvrement, notamment en ce qui concerne les aides pérennes à la télétransmission et les logiciels. Hors investissements, les dépenses du régime général se sont élevées à 9,9 Md€, soit une baisse de 0,1% par rapport à l'exécuté 2009 retraité.

Cette évolution à la baisse des dépenses du régime général s'explique par un effort de maîtrise de la masse salariale de l'ensemble des branches avec une rémunération moyenne des personnels en place limitée à 2,3% en masse.

Par ailleurs, les branches maladie, famille et recouvrement ont diminué sensiblement leurs autres dépenses de fonctionnement.

Enfin, la CNAM maladie et l'ACOSS, dont les dépenses de gestion représentent plus de 70% des dépenses du régime général, étaient en première année de convention d'objectifs et de gestion, exercice traditionnellement marqué par une sous-consommation de crédits, renforcée par la signature tardive de la COG CNAM.

En 2011, les prévisions de dépenses de gestion administrative du régime général s'élèveraient à 11 Md€, soit une hausse de 6,8% par rapport à l'exécuté 2010. Hors investissements, les prévisions de dépenses du régime général s'élèveraient à 10,2 Md€, soit une hausse de 2,9% par rapport à l'exécuté 2010.

L'augmentation prévisionnelle des dépenses brutes de gestion de la branche recouvrement est de 4,5% (contre 0,4% entre 2009 et 2010). Cette évolution s'explique en partie par les effets reports au titre de l'année 2010. Hors investissements, les dépenses de la branche augmenteraient de 3,7%.

Pour la branche maladie, la hausse serait de 5,4% sur les dépenses brutes (contre une baisse de 2,3% entre 2009 et 2010). Cette évolution s'explique par les effets reports consécutifs à une première année de COG. Hors investissements, les dépenses de la branche augmenteraient de 2,3%.

Concernant la branche famille, la prévision d'exécution pour 2011 correspond à une croissance prévisionnelle des dépenses de gestion de 13,7% (contre une baisse de 1,8% entre 2009 et 2010) et de 3,3% pour les dépenses hors investissements. Cette évolution est due au rattrapage en 2011 des opérations immobilières non réalisées les années précédentes comme le montre l'écart entre les dépenses brutes et les dépenses brutes hors investissements.

S'agissant de la branche vieillesse, les dépenses brutes progresseraient de 5,5% (contre 3,1% entre 2009 et 2010). La hausse des dépenses est notamment due à l'engagement d'un certain nombre d'investissements sur des projets informatiques structurants qui étaient actés pour 2010 dans la convention d'objectifs et de gestion. Hors investissements, les dépenses de la branche augmenteraient de 4,5%.

Evolution des dépenses de gestion administrative pour 2005-2011 (en millions d'euros)

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Dépenses exécutées		Dépenses exécutées	%	Dépenses exécutées	%	Dépenses exécutées	%	Dépenses exécutées	%	Dépenses exécutées	%	Prévisions de dépenses	%
CNAV	973		999	2,6%	1 006	0,7%	1 057	5,1%	1 068	1,0%	1 102	3,1%	1 162	5,5%
CNAF	1 695		1 778	4,9%	1 824	2,6%	1 899	4,1%	1 924	1,3%	1 889	-1,8%	2 148	13,7%
CNAMTS	6 059		5 880	-3,0%	5 897	0,3%	5 929	0,5%	6 103	2,9%	5 960	-2,3%	6 284	5,4%
ACOSS	1 194		1 220	2,2%	1 270	4,1%	1 287	1,3%	1 347	4,7%	1 353	0,4%	1 413	4,5%
Régime général	9 921		9 878	-0,4%	9 983	1,1%	10 173	1,9%	10 442	2,6%	10 303	-1,3%	11 007	6,8%

Les dépenses d'investissement sont incluses dans les dépenses de gestion administrative.

Evolution de dépenses de gestion administrative par branche pour 2010-2011 : Dépenses brutes totales et dépenses brutes hors investissement (en millions d'euros)

	CNAV			CNAF			CNAMTS			ACOSS			Régime général		
	2010	2011	Evol.	2010	2011	Evol.	2010	2011	Evol.	2010	2011	Evol.	2010	2011	Evol.
dépenses exécutées	1 102	1 162	5,4%	1 889	2 148	13,7%	5 960	6 284	5,4%	1 353	1 413	4,5%	10 304	11 007	6,8%
dépenses exécutées hors investissements	1 049	1 096	4,5%	1 802	1 861	3,3%	5 782	5 914	2,3%	1 313	1 362	3,7%	9 945	10 233	2,9%

9. LES PRESTATIONS MALADIE ET AT

9.1. ONDAM 2010

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 162,4 Md€. Les dépenses se seraient finalement élevées à 162,0 Md€. Effectué à partir des tableaux de centralisation des données comptables, ce constat pourra toutefois faire l'objet de rectifications ultérieures⁴⁹.

Pour la première fois depuis 1997, les réalisations sont inférieures à l'objectif voté par le Parlement

L'écart entre les dépenses constatées et l'objectif voté s'élève à -415 M€. Cette sous-consommation est imputable essentiellement aux soins de ville et, dans une moindre mesure aux établissements de santé. Une fois neutralisés les changements de périmètre de 2009 à 2010, la croissance des dépenses s'établit à 2,7%.

Le montant constaté des dépenses est plus bas que celui prévu lors de la dernière Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) qui tablait sur un quasi-respect de l'objectif voté. La révision à la baisse porte principalement sur le champ des soins de ville qui ont connu une nette décélération en fin d'année.

Une forte révision de l'enveloppe soins de ville

Les dépenses de soins de ville ont représenté 75,0 Md€, en progression de 2,9%, soit 280 M€ de moins que le sous-objectif voté en LFSS. Cette sous-consommation est la plus élevée en valeur depuis la mise en œuvre de l'objectif en 1997.

À titre de première analyse, cet écart à l'objectif voté pourrait résulter de la combinaison de plusieurs facteurs. Si certains postes de dépenses ont été plus dynamiques qu'escompté, (notamment les transports de malades et les consultations de spécialistes), cet effet est plus que contrebalancé par la faible progression d'autres composantes de l'objectif « soins de ville ». Les dépenses au titre de consultations de généralistes sont moins dynamiques que prévu compte tenu de la non reproduction de l'épisode épidémique de 2009⁵⁰. L'épidémie de 2010 est intervenue tardivement dans l'année et a été de faible intensité, ce qui aurait également contribué au ralentissement des versements d'indemnités pour arrêt de travail (maladie et accidents du travail). Par ailleurs, la croissance des dépenses de laboratoires et de dispositifs médicaux a été également moins rapide qu'anticipé en 2010. Enfin, le taux d'évolution des dépenses de médicaments a connu une décélération par rapport à l'année précédente compte tenu notamment des bons résultats atteints en matière de maîtrise médicalisée. Celle-ci a atteint 85% des objectifs sur l'ensemble des thèmes (soit 500 M€ sur 590 M€, voir encadré 2) selon l'assurance maladie (contre 79% en 2009) ; les résultats atteints sur le médicament étant encore meilleurs.

Pour plus de détails sur l'évolution des différentes composantes des soins de ville sur le champ du seul régime général, se reporter à la fiche n° 9-3.

⁴⁹ Les données comptables comprennent en effet des provisions dont le montant repose sur des estimations de dépenses. Si les charges effectives diffèrent de ces estimations, les réalisations sont revues en conséquence (voir encadré 1).

⁵⁰ Le volume des actes de généralistes est très sensible à la conjoncture épidémique. La grippe saisonnière de l'hiver 2010-2011 n'a atteint le seuil épidémique qu'au cours de la dernière semaine de décembre alors que 2009 était marquée par deux épidémies de grippe : une classique en début d'année et une de grippe A en fin d'année.

Tableau 1 – Réalisations dans le champ de l'ONDAM

BILAN 2010, en milliards d'euros	Base 2010 réactualisée	Constat 2010 provisoire	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés	Sous consommation
Soins de ville	72,9	75,0	2,8%	75,2	-0,3
Établissements de santé	69,4	70,8	2,0%	70,9	-0,1
Établissements et services médico-sociaux	14,4	15,1	5,0%	15,2	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,6	7,2	8,9%	7,3	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7%	7,9	0,0
Autres prises en charge	1,1	1,1	2,0%	1,0	0,0
ONDAM TOTAL	157,8	162,0	2,7%	162,4	-0,4

Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2009 (158,1 Md€) sont ramenées au champ de celles de 2010 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2009 et 2010 (-0,3 Md€).

Source : DSS.

Encadré 1 – Quelques précisions sur la révision des réalisations

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

Pour l'année 2009, les provisions inscrites dans les comptes ont surestimé les dépenses d'environ 230 M€. Cet écart se décompose en des surestimations respectives de l'ordre de 210 M€ pour les soins de ville, et de 70 M€ pour les établissements de santé privés. Les dépenses relatives aux établissements de santé publics ont quant à elles été sous-estimées d'environ 50 M€. Au total, les réalisations définitives des dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent en 2009 à 158,1 Md€, soit un dépassement de 0,5 Md€.

Les réalisations de 2010 feront l'objet de révisions ultérieures. À partir d'informations qui seront demandées aux régimes, un correctif sera effectué en septembre à l'occasion de la prochaine CCSS.

La dynamique plus élevée qu'attendu des dépenses hospitalières est compensée par la non délégation de certaines dotations

L'écart à l'objectif constaté sur les établissements de santé atteint quant à lui -75 M€, contre un dépassement de 100 M€ prévu dans le cadre de la CCSS de septembre dernier.

Pourtant, les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale au titre de l'activité rémunérée au moyen des tarifs ont été supérieures de 535 M€ à l'objectif voté. Les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation font ressortir en 2010 le rôle d'une augmentation plus importante que prévu des volumes de séjours, d'actes et de consultations externes, et non plus l'incidence du passage à une nouvelle version – dite V11 – de la tarification à l'activité comme cela a été le cas en 2009. Les cliniques privées ont également vu leurs dépenses progresser légèrement plus vite que prévu, pour la part rémunérée par les tarifs. Elles contribuent ainsi pour près de 15 M€ au dépassement global constaté sur les établissements de santé.

Il est à souligner qu'en 2010, le montant des dotations annuelles de financement des établissements publics de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie a été inférieur de 100 M€ à l'enveloppe votée en LFSS.

Le dépassement sur l'ensemble du champ des établissements de santé s'est donc élevé en 2010 à 450 M€ avant mesures correctrices. Il y a lieu de rappeler que la CCSS de septembre dernier tablait sur un dépassement de 500 M€ sur le champ hospitalier. Ce risque avait été identifié dès le printemps (*cf.* avis du comité d'alerte de mai 2010). Il avait donc été décidé de mettre en réserve certaines dotations dans le cadre des nouvelles procédures de gouvernance de l'ONDAM instaurées suite au rapport d'avril 2010 du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet (*cf.* encadré 3). Les crédits affectés à l'aide à la contractualisation ont été mis en réserve à hauteur de 360 M€. Par ailleurs, la dotation du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés a été réduite de 105 M€, du fait de la déchéance quadriennale des crédits. Au total, en ajoutant des ajustements des dotations aux établissements non financés à l'activité, ce sont près de 525 M€ de mises en réserve qui ont permis de couvrir l'intégralité du dépassement constaté sur le champ hospitalier. Ainsi, après mesures correctrices, les dépenses des établissements de santé ont été inférieures de 75 M€ à l'objectif voté en LFSS pour 2010.

Établissements médico-sociaux : une révision des dotations pour personnes âgées

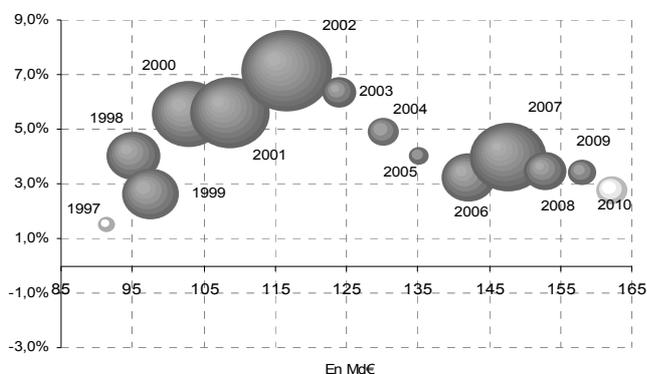
La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée. Toutefois, compte tenu de la sous-consommation structurelle des crédits alloués au secteur personnes âgées – plus de 400 M€ par an en moyenne depuis plusieurs années, selon un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances⁵¹ –, il a été procédé en 2010 à un « débasage » à hauteur de 100 M€. L'enveloppe pour personnes âgées s'est ainsi élevée à 7,2 Md€, soit une progression de 8,9% à champ comparable. La contribution de l'assurance maladie à l'enveloppe personnes handicapées n'a pour sa part pas été modifiée, à 7,9 Md€, soit une progression de 1,7%.

Un léger dépassement sur les autres prises en charge

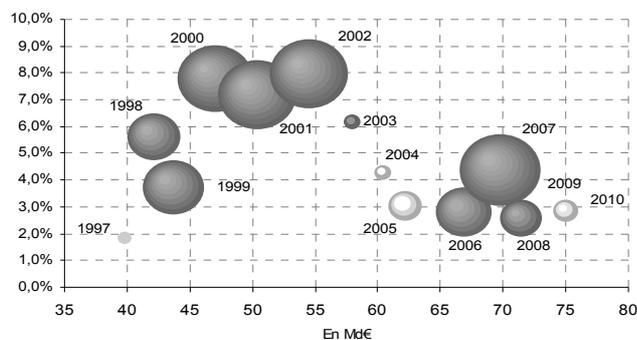
Les autres prises en charge ont représenté en 2010 près de 1,1 Md€, avec un dépassement de l'ordre de 40 M€ par rapport au sous-objectif voté en LFSS, contre une juste exécution attendue en CCSS de septembre. L'écart porte principalement sur un niveau de dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger plus élevé que prévu.

⁵¹ « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses », février 2010.

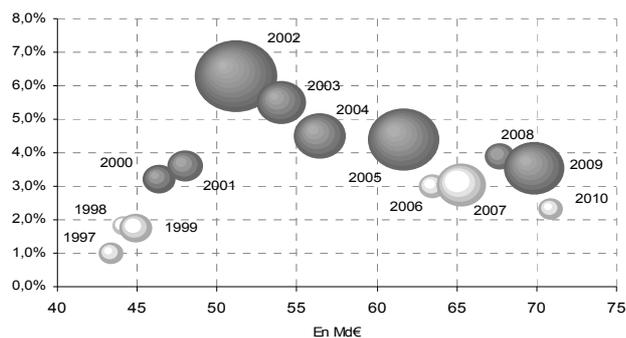
Graphique 1 – Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Graphique 2 – Évolution des dépenses de soins de ville



Graphique 3 – Évolution des dépenses relatives aux établissements de santé



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

Encadré 2 – La réalisation de l'objectif 2010 de maîtrise médicalisée

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

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

Des objectifs quantifiés, se rapportant à un certain nombre de thèmes, sont ainsi définis chaque année. Pour 2010, l'objectif de maîtrise médicalisée a été fixé à 590 millions d'euros. Le taux de réalisation s'est élevé cette année à 85%, les résultats atteints sur certains postes de dépenses ayant dépassé l'objectif fixé (médicaments et masso-kinésithérapie).

	Objectif	Réalisé	Taux
Médicaments	288	345	120%
Indemnités journalières	88	0	0%
Transports	95	93	98%
Kinésithérapie	50	53	106%
ALD	59	10	17%
Actes	12	0	0%
Total	592	501	85%

Les résultats détaillés par classe médicamenteuse seront présentés dans l'indicateur n°4-6 du programme de qualité et d'efficacité maladie annexé au PLFSS pour 2012.

Encadré 3 – La mise en œuvre des recommandations du rapport Briet pour assurer un meilleur suivi et pilotage de l'ONDAM

Dans le cadre de la première session de la conférence sur le déficit début 2010, un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie avait été mis en place afin de proposer des règles permettant d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce groupe de travail, présidé par M. Raoul Briet, conseiller-maître à la Cour des comptes, a fait l'objet d'un rapport identifiant des mesures de suivi et de régulation permettant de renforcer le respect de l'ONDAM dans lequel trois axes principaux se dégagent :

- accroître la transparence dans la construction de l'ONDAM ;
- formaliser et renforcer le dispositif de suivi et de pilotage de l'ONDAM ;
- instaurer de nouveaux outils de régulation pour prévenir ou pour limiter les dépassements.

Toutes les recommandations du rapport ont été mises en œuvre.

Le rôle du comité d'alerte a ainsi été renforcé par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, qui rend obligatoires deux avis supplémentaires :

- le premier avant le 15 avril, sur les dernières tendances connues des dépenses compte tenu de la connaissance quasi-complète des réalisations de l'année écoulée ;
- le dernier avant le 15 octobre dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national envisagé pour l'année à venir.

Le renforcement du nombre d'interventions du comité d'alerte s'accompagne d'un abaissement progressif du seuil d'alerte (le seuil est ainsi abaissé de 0,75% à 0,70% dès 2011 et le sera à 0,60% en 2012 puis à 0,50% en 2013) afin d'inciter à une gestion préventive et continue des risques de dépassement et de prévenir au mieux tout risque d'alerte.

Dans le cadre d'une plus grande transparence dans la construction de l'ONDAM, l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale a déjà fait l'objet l'année dernière d'un enrichissement de son contenu, qui fournit de façon plus détaillée les éléments entrant dans la construction de l'ONDAM pour l'année à venir.

Le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie a de plus été renforcé par la mise en place d'un groupe de suivi statistique qui rassemble mensuellement depuis juin 2010 l'ensemble des producteurs de données et les administrations concernées et a pour mission de préparer un diagnostic partagé et de contribuer à l'amélioration de la qualité des remontées des informations et de leur analyse.

Un comité de pilotage de l'ONDAM, créé également suite aux recommandations du rapport Briet, utilise ces informations pour piloter la mise en œuvre des mesures nouvelles inscrites en LFSS, les décisions de mise en réserve ou de dégel de crédits ainsi que les mesures correctrices qui peuvent intervenir en cours d'année. Dans le cas de l'ONDAM 2010, le dépassement potentiel avait été appréhendé, ce qui avait conduit les Ministres à décider au printemps 2010 de mesures de mise en réserve sur différentes dotations qui ont permis de couvrir l'intégralité du dépassement constaté sur le champ des établissements de santé.

9.2. ONDAM 2011

Sur la base des réalisations provisoires de l'année 2010 et compte tenu des dernières informations disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville et des versements aux établissements de santé, une première estimation des dépenses d'assurance maladie a été réalisée pour l'année 2011. L'objectif voté par le Parlement pour cette année s'élève à 167,1 Md€.

La sous exécution de l'objectif 2010 devrait avoir un impact limité sur le respect de l'ONDAM voté pour 2011

Le niveau des dépenses atteint en 2010 fait apparaître une sous-consommation de 415 M€ par rapport à l'objectif voté et de 405 M€ par rapport à l'estimation retenue en septembre dernier⁵², lors de la construction de l'objectif pour cette année (cf. fiche n° 9-1). Cette révision est le résultat d'une progression moindre qu'escompté des dépenses relatives aux soins de ville (-270 M€) et aux établissements de santé (-175 M€), cf. tableau 2, ainsi que d'un plus fort dynamisme de l'enveloppe « autres prises en charge » (+40 M€).

Cette sous-consommation jouerait favorablement sur le respect de l'objectif pour 2011. Néanmoins, son caractère pour partie exceptionnel vient atténuer l'impact positif sur la réalisation des dépenses de cette année. En effet, cette sous-consommation n'est pas entièrement reconductible sur 2011 au vu du caractère atypique de la consommation de soins en 2010. Les niveaux de dépenses de soins de ville des mois de janvier et de décembre ont été particulièrement faibles (plus bas de près de 110 M€ par rapport à la tendance annuelle). Une partie des soins non consommés en fin d'année (en raison notamment du décalage temporel du pic d'épidémie de grippe par rapport à l'exercice précédent, cf. graphique 1) est reportée sur le mois de janvier 2011 (pour une part estimée à 70 M€).

Ces éléments exceptionnels de 2010 réduisent au total l'effet base 2011 sur l'enveloppe « soins de ville » de 180 M€. Un relèvement d'un montant total de 180 M€ a été à ce titre effectué sur la base 2011 « soins de ville » (voir tableau 1). Le caractère atypique de 2010 est donc traité en réactualisant la base et non pas en révisant le tendancier. L'effet favorable cette année est en conséquence réduit de 280 M€ à 100 M€.

L'effet base sur les établissements de santé est estimé à -40 M€. Cette année, le risque de dépassement potentiel serait de nouveau limité par la mise en réserve de certaines dotations (pour un montant de 400 M€ - cf. graphique 2) qui ne seront déléguées dans la deuxième partie de l'année qu'en cas d'anticipation de respect de l'objectif.

Enfin, le surcroît de dépenses constaté sur l'enveloppe « autres prises en charge », correspondant à une sous-estimation de ce poste en 2010, est supposé reconduit pour 2011 (pour 40 M€).

Au total, l'effet base tous postes confondus s'établit ainsi à -100 M€.

⁵² Le rapport à la CCSS de septembre 2010 prévoyait le respect de l'objectif pour 2010 à 10 M€ près.

Encadré 1 – Les transferts de fongibilité en 2011

Les sous-objectifs de l'ONDAM votés en LFSS pour 2011 ont été corrigés au début de l'année afin de tenir compte des transferts de fongibilité d'enveloppe à enveloppe, dont les montants n'étaient pas connus lors de la construction de l'objectif. Il s'agit de transferts des établissements de santé vers les établissements médico-sociaux, à hauteur de 20 M€ environ.

Ces modifications sont opérées sur la base de construction et se répercutent sur les sous-objectifs.

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

Prévision 2011, en milliards d'euros	Constat 2010 provisoire	Base 2011 réactualisée (1)	Objectifs 2011 "arrêtés"	Prévision 2011 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Écart à l'objectif arrêté
Soins de ville	75,0	75,1	77,3	77,3	3,0%	0,05
Établissements de santé	70,8	70,9	72,9	72,8	2,7%	-0,04
Établissements médico-sociaux	15,1	15,2	15,8	15,8	3,9%	0,00
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,2	7,3	7,6	7,6	4,4%	0,00
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	8,0	8,3	8,3	3,4%	0,00
Autres prises en charge	1,1	1,1	1,1	1,1	5,9%	0,04
ONDAM	162,0	162,4	167,1	167,1	2,9%	0,04

NB : Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. La base 2011 réactualisée est calculée à partir des réalisations de 2010 (162,0 Md€) ramenées au champ de celles de 2011 *i.e.* en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2010 et 2011 (pour 0,2 Md€) ainsi que du relèvement de la base au titre des effets exceptionnels 2010 précités qui, par hypothèse, ne se reproduiraient pas en 2011 (0,2 Md€), *cf.* supra.

Tableau 2– Ecart à la CCSS de septembre et « effet base » 2011

Ecarts à l'objectif 2010, en millions d'euros	CCSS 09-2010	Constat 2010	Ecart	Effet base 2011
Soins de ville	-10	-280	-270	-100
Établissements de santé	100	-75	-175	-40
Établissements et services médico-sociaux	-100	-100	0	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	-100	-100	0	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	0	0	0	0
Autres prises en charge	0	40	40	40
ONDAM TOTAL	-10	-415	-405	-100

Soins de ville : le rendement de certaines économies serait moins élevé que prévu en construction

Les dernières données disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville conduisent à une légère révision de l'évolution tendancielle de 2011 (sous-consommation de l'ordre de 30 M€).

Certaines mesures d'économies inscrites dans la construction du sous-objectif relatif aux soins de ville pourraient n'être que partiellement réalisées. C'est notamment le cas des objectifs de maîtrise médicalisée dont le rendement estimé à 440 M€, par prudence, fait l'objet d'un abattement conventionnel de 20%⁵³. Par ailleurs, la mise en œuvre de certaines mesures d'économie (hausse ciblée de tickets modérateurs notamment) a été retardée par rapport au calendrier retenu lors du vote de l'objectif. Ces risques seraient en partie atténués par la moindre dépense prévue au titre des provisions inscrites en construction. Au total, le moindre rendement qui résulte de ces effets serait de 145 M€. Une fois l'effet base pris en compte, le risque de dépassement peut être évalué à 45 M€ sur les soins de ville à ce jour.

Etablissements de santé

S'agissant des établissements de santé, l'absence d'exhaustivité des données en date de soins à ce stade de l'année ne permet pas à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de fournir une prévision sur 2011 et donc de fait de quantifier tout écart potentiel à l'objectif voté⁵⁴. A l'instar de l'exercice 2010, certaines dotations ont été mises en réserve de manière à pallier tout risque de dépassement potentiel pour un total de 400 M€ (aide à la contractualisation, dotation du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés).

Etablissements médico-sociaux

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux ne peut être en temps normal ni dépassée ni sous-consommée. Toutefois, une mise en réserve de 100 M€ de crédits a été effectuée par rapport à l'objectif voté. Cette mise en réserve sera restituée au secteur si la dynamique réelle de la dépense permet de respecter l'objectif.

Autres prises en charge

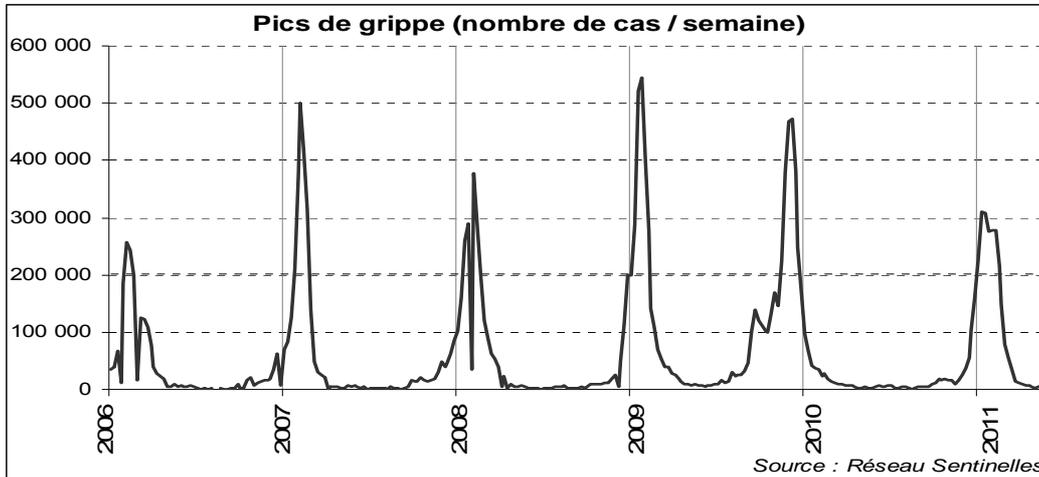
Les dépenses au titre des soins des Français à l'étranger sont revues à la hausse de 40 M€. Au sein de ce sous-objectif, le risque de dépassement pourra être compensé par le non versement au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) d'une fraction de la dotation de l'assurance maladie mise en réserve, pour un montant de 30 M€.

Au total, tous postes confondus, la prévision retenue pour l'année 2011 conduit à une prévision de sur-consommation de 45 M€ par rapport à l'objectif voté en LFSS. Ce très léger dépassement pourra être couvert par le non versement d'une partie des crédits mis en réserve (530 M€ au total).

⁵³ Soit un niveau de réalisation estimé à 80% proche du niveau moyen réalisé au cours des exercices antérieurs (79 % en 2009, 85% en 2010 de source CNAMTS).

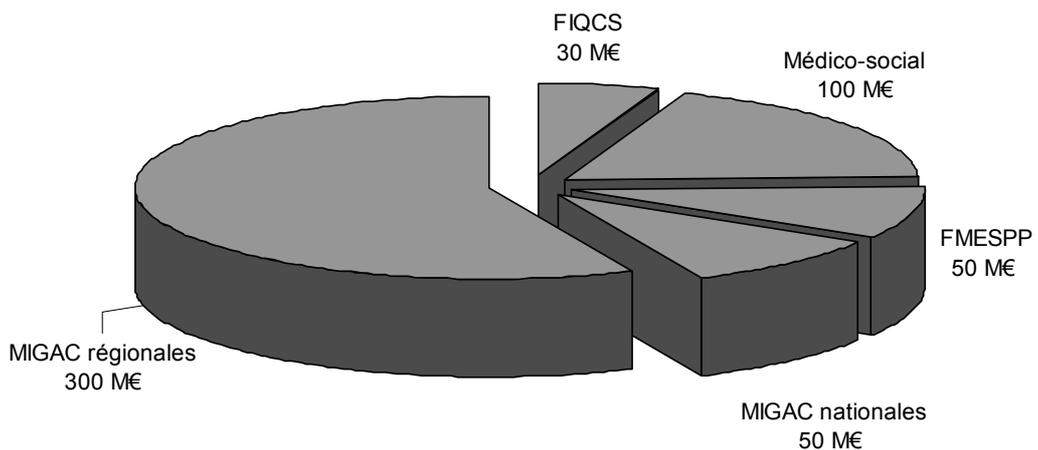
⁵⁴ A ce jour les données disponibles sur les établissements anciennement sous-dotation globale en date de soins couvrent le premier trimestre 2011. Ces données font montre d'une évolution soutenue qui s'inscrit dans la continuité de ce qui a été observé sur l'exercice 2010. Néanmoins, l'ATIH préconise d'avoir au moins 5 mois d'observations sur 2011 pour produire une prévision. Pour mémoire, en 2010, la première projection pour l'année en cours avait été réalisée à partir des 6 premiers mois d'observation.

Graphique 1 – Nombre de cas de grippe recensés par semaine



En 2010, l'épisode de grippe est de moindre ampleur (1,1 million de cas recensés contre 6,4 millions en 2009) : le pic épidémique a été atteint tard dans l'année par rapport aux années antérieures. Plus encore que par son intensité, comparable à celle d'un épisode de grippe classique, l'épisode de grippe A de 2009 se caractérise par sa durée, bien supérieure à celle des épisodes de grippe antérieurs. L'indicateur de « nombre de cas cumulés par semaine » est de fait bien supérieur à celui des années antérieures, et ce d'autant plus que 2009 a vu deux épidémies de grippe : une classique en début d'année, une de grippe A en fin d'année.

Graphique 2 – Dotations mises en réserve début 2011



9.3. LA CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2010

Les dépenses de soins de ville du régime général ont augmenté de 2,9% en 2010 après une progression de 3,2% en 2009⁵⁵. On observe un ralentissement du niveau global de progression des remboursements de soins, particulièrement prononcé en fin d'année.

L'année 2010 est marquée par un ralentissement de la croissance de la plupart des postes de soins de ville (honoraires médicaux, paramédicaux, versements d'indemnités journalières hormis celles de moins de trois mois, médicaments...). Seules les dépenses de soins de spécialistes et dentaires médicaux enregistrent une progression un peu plus rapide qu'en 2009, sans toutefois remettre en cause la tendance globale au ralentissement.

La croissance globale des honoraires médicaux et dentaires ralentit en 2010

Les dépenses de médecine générale diminuent en valeur, en lien avec le contexte épidémiologique favorable

Les dépenses de médecins généralistes ont diminué de 1,9% en 2010, après une hausse de 0,5% en 2009⁵⁶. Cette baisse tient pour l'essentiel à la non reproduction de l'épisode épidémique grippal de 2009 qui s'est traduit par une diminution du volume de soins. En effet, le volume des actes de généralistes est très sensible à la conjoncture épidémiologique. La grippe saisonnière de l'hiver 2010-2011 n'a atteint le seuil épidémique qu'au cours de la dernière semaine de décembre et a peu affecté les remboursements de ce poste de dépenses en 2010 (cf. fiche 9-01). Ainsi, le volume d'actes remboursables a diminué de 2,8% (contre une hausse de 1,9% en 2009). Par ailleurs, quoiqu'en légère reprise (+0,9%, contre 0,2% en 2009), l'évolution des dépenses de soins dentaires demeure contenue en 2010.

La progression des honoraires des médecins spécialistes est plus soutenue que celle enregistrée en 2009

Les dépenses de médecins spécialistes ont augmenté de 2,4% après +2,1% en 2009. Au total, leur taux de progression est stable en volume (+3,0% contre +3,1% en 2009).

Dans le détail, les dépenses d'actes techniques, qui représentent à elles seules près des deux tiers des dépenses totales, progressent de 3,8% en valeur (contre 2,6% en 2009). Sur ce champ, c'est l'augmentation des volumes de +5,2% en 2010, soit une hausse plus forte qu'en 2009 (+4,1%), qui porte cette année encore la totalité de la dynamique. La croissance la plus forte est celle des dépenses de scanners et d'IRM qui enregistrent toujours une augmentation à deux chiffres (+11,7% en 2010, après +11,4% en 2009). Les mesures tarifaires (ajustements de la tarification des actes de radiologie notamment) minorent la croissance de ces dépenses, mais de façon moins marquée qu'en 2009 où les baisses de tarifs avaient engendré des économies plus élevées.

À l'inverse de celle des actes techniques, la dynamique des dépenses de consultations des médecins spécialistes est stable et très modérée (+0,2% de progression en 2010). Globalement, les honoraires médicaux et dentaires ont progressé de 0,8% en valeur (contre +1,3% en 2009).

⁵⁵ Près de la moitié des dépenses de soins de ville de l'ONDAM sont des dépenses directes de rémunération (voir fiche 10-5 pour plus de détails sur les revenus des professionnels de santé libéraux).

⁵⁶ Il est à souligner que l'effectif de médecins omnipraticiens est en légère baisse par rapport par rapport à 2009 (-0,1% contre une évolution de +0,1% enregistrée entre 2008 et 2009).

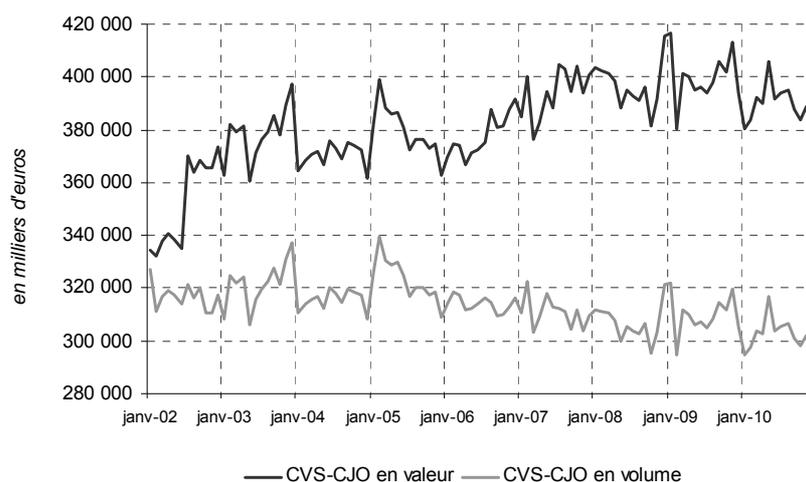
Tableau 1 – Évolution des dépenses de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2009	2010	Évolution	Contrib. à la croissance
Soins de ville	58 668	60 386	2,9%	100,0%
Honoraires libéraux	27 384	28 110	2,7%	42,3%
<i>dont</i>				
Honoraires privés	15 783	15 914	0,8%	7,6%
généralistes	5 019	4 921	-1,9%	-5,7%
spécialistes	8 108	8 302	2,4%	11,3%
sages-femmes	119	129	7,9%	0,5%
dentistes	2 537	2 562	1,0%	1,5%
Honoraires paramédicaux	6 217	6 605	6,2%	22,5%
infirmières	3 365	3 645	8,3%	16,3%
kinésithérapeutes	2 387	2 468	3,4%	4,7%
orthophonistes	419	443	5,8%	1,4%
orthoptistes	46	48	5,6%	0,1%
Laboratoires	2 750	2 801	1,8%	2,9%
Transports de malades	2 633	2 791	6,0%	9,2%
Autres dépenses	31 284	32 276	3,2%	57,7%
<i>dont</i>				
Médicaments	18 144	18 482	1,9%	19,6%
Dispositifs médicaux	3 602	3 876	7,6%	15,9%
Indemnités journalières	8 340	8 657	3,8%	18,4%
IJ maladie	5 959	6 170	3,5%	12,3%
<i>courtes (moins de 3 mois)</i>	3 518	3 646	3,6%	7,5%
<i>longues (plus de 3 mois)</i>	2 441	2 524	3,4%	4,8%
IJ AT	2 381	2 487	4,4%	6,1%
ALD 31 et ALD 32	380	412	8,3%	1,8%

Note : les taux d'évolution sont calculés à champ constant.

Source : calculs DSS, données CNAM (données en date de soins à fin janvier 2011).

Graphique 1 – Dépenses remboursées d'actes de médecine générale



Source : CNAM.

Les honoraires paramédicaux, les dépenses de biologie et les frais de transport voient plutôt leur croissance décélérer grâce à une meilleure maîtrise tarifaire

Les dépenses de soins paramédicaux, d'analyses médicales et de transport de malades ont connu en 2010 une évolution un peu moins dynamique qu'en 2009. En effet, l'exercice précédent était affecté par des mesures de revalorisation notables dont avaient bénéficié certaines professions (transporteurs sanitaires et infirmiers en particulier).

Les honoraires paramédicaux connaissent en 2010 une croissance globale comparable à celle de 2009 avec des variations notables par secteur de la dépense

Les dépenses d'auxiliaires médicaux ont progressé de 6,2% en 2010, après 6,4% en 2009. Cette évolution générale assez conforme à celle de l'an passé masque des disparités assez marquées en termes de rythmes de croissance des soins des différentes professions.

Les dépenses des soins infirmiers ont augmenté de 8,3% (contre 10,1% en 2009). La revalorisation en avril 2009 de ces actes constitue le principal facteur du dynamisme constaté⁵⁷ en 2009 et dans une moindre mesure en 2010. La progression des volumes sous-jacents est quant à elle en augmentation (+7,0%, après +5,9% en 2009) et demeure portée par une progression soutenue des effectifs d'infirmiers libéraux (+5%, comme l'année précédente).

Les soins de masso-kinésithérapie connaissent une progression de 3,4%, après 2,0% l'année précédente. Faisant suite à une inflexion à la baisse marquée depuis 2008 suite à la mise en œuvre d'actions de régulation des actes en série, le volume d'actes repart sensiblement à la hausse en 2010 (+3,4% contre +1,8% en 2009).

Enfin, les remboursements d'actes d'orthophonie et d'orthoptie croissent respectivement de 5,8% et de 5,6% (+4,2% et +9,4% en 2009).

La croissance des dépenses de biologie médicale demeure modérée en dépit d'une forte dynamique des volumes de soins

La progression des dépenses d'analyses médicales s'établit à 1,8% (contre 2,3% en 2009). Le volume d'actes remboursables croît de 5,0%, soit sensiblement au même rythme qu'en 2009 et globalement dans la continuité des exercices précédents. Les mesures de modification de cotation de certains actes⁵⁸ applicables début 2009 et se reportant sur 2010 ainsi que les ajustements tarifaires effectués en 2010 contribuent à modérer la croissance des dépenses.

La dynamique des dépenses de transports de malades ne doit son inflexion à la baisse qu'à un moindre effet prix

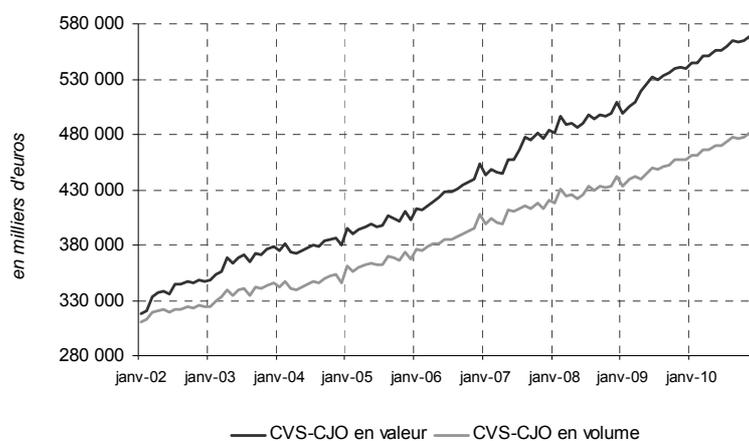
Les dépenses de transport de malades ont progressé de 6,0% (contre +6,9% en 2009). L'exercice 2009 était marqué par des revalorisations tarifaires dont ont bénéficié les professionnels du secteur tandis qu'aucune n'a été opérée en 2010.

L'inflexion des volumes observée depuis 2007 est, quant à elle, rompue. En 2010, leur croissance s'établit à 4,8%, après +2,8% en 2009.

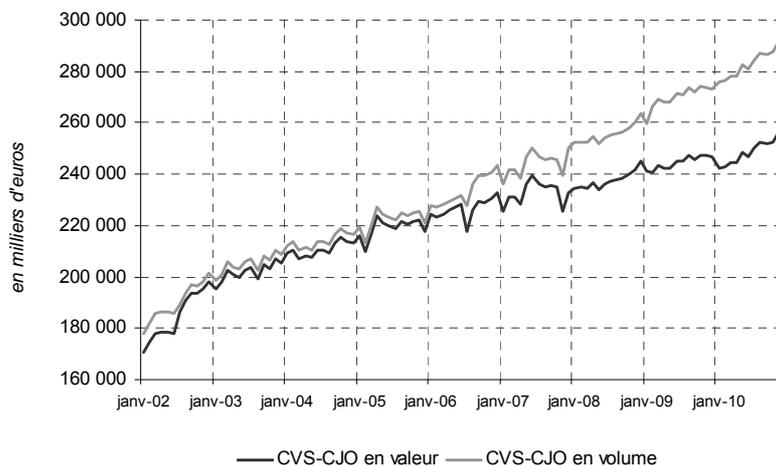
⁵⁷ Cette revalorisation concerne les lettres clé AMI et AIS (qui servent à coter les actes infirmiers), l'indemnité forfaitaire de déplacement, les indemnités kilométriques et la majoration du dimanche.

⁵⁸ La cotation de près de quatre-vingt-dix actes a été abaissée. En parallèle, les suppléments pour les actes effectués en urgence en dehors des périodes ouvrables ont été revalorisés et un forfait de prise en charge pré-analytique du patient a été créé.

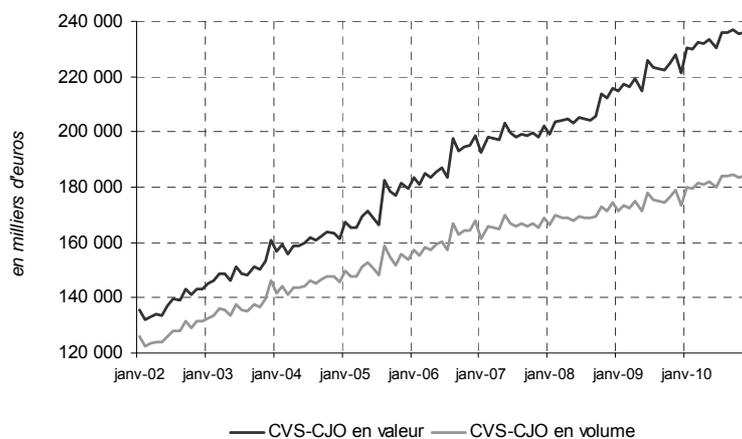
Graphique 2 – Dépenses remboursées d’actes paramédicaux



Graphique 3 – Dépenses remboursées d’analyses médicales



Graphique 4 – Dépenses remboursées de transport sanitaire



Source : CNAM.

Les prescriptions de produits de santé augmentent de façon modérée

Les dépenses remboursées de produits de santé progressent modérément en 2010 (+2,8%). Cette évolution s'inscrit dans la lignée de celle déjà enregistrée en 2009 (+2,6%).

L'évolution des dépenses de médicaments connaît un net ralentissement

Les dépenses de médicaments ont progressé de 1,9% en 2010, après +2,8% en 2009. La croissance des volumes s'est élevée à 3,4%, soit un point de moins qu'en 2009.

La décélération constatée tient notamment aux bons résultats atteints en matière de maîtrise médicalisée. Celle-ci a été plus élevée que l'objectif retenu en construction sur ce poste (soit 345 M€ sur 290 M€) selon l'assurance maladie. La modération de la dépense tient également aux mesures supplémentaires de baisses de prix des médicaments prises en cours d'année par le comité économique des produits de santé (CEPS) afin de contribuer au respect de l'ONDAM 2010 (voir fiche n°9-2 du rapport CCSS de juin 2010).

Le taux de croissance des dépenses de dispositifs médicaux est plus soutenu en 2010

L'évolution des dépenses de dispositifs médicaux en 2010 (7,6%, 7,2% en volume remboursable) est plus rapide que celle qui avait été constatée en 2009 (+5,7% à champ constant, c'est-à-dire en neutralisant le transfert d'une partie des dépenses de ce poste dans le budget des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes opéré en 2008). La progression des dépenses de dispositifs médicaux se situe toutefois en deçà des niveaux connus les années précédentes pour ce poste de dépenses (+8,7% en 2008, +11,2% en 2007).

Les indemnités journalières restent dynamiques, avec toutefois des évolutions contrastées par sous-poste

Les versements d'indemnités journalières (IJ) demeurent en 2010 l'un des postes qui tirent le plus fortement à la hausse la croissance des soins de ville. Pourtant, leur évolution marque un net repli par rapport à l'exercice précédent (+3,8% contre +5,1% en 2009).

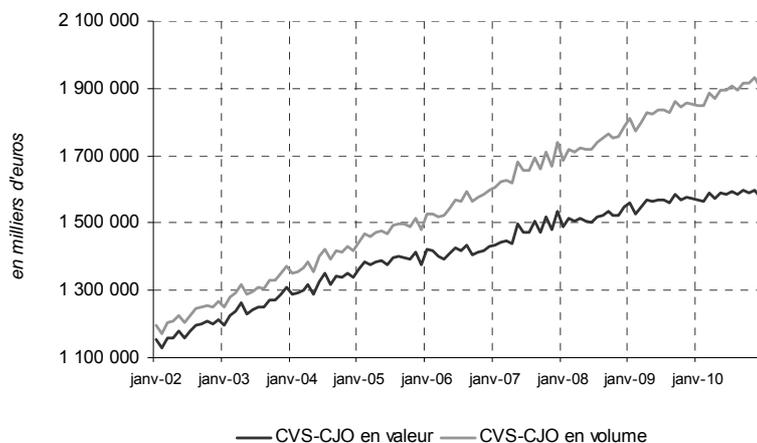
Les évolutions observées par sous-poste sont contrastées. Ainsi, les arrêts de travail pour maladie de moins de 3 mois connaissent une croissance quasi-stable (+3,6% contre +3,8% l'année précédente). La légère diminution du taux de croissance constatée en 2010 pourrait notamment être à rapprocher du contexte épidémique plus favorable de cette année.

Les arrêts de plus de 3 mois connaissent en revanche une baisse plus significative de leur rythme de croissance (leur taux d'évolution de 6,6% en 2009 a été réduit à 3,4% en 2010), qui demeure à documenter⁵⁹.

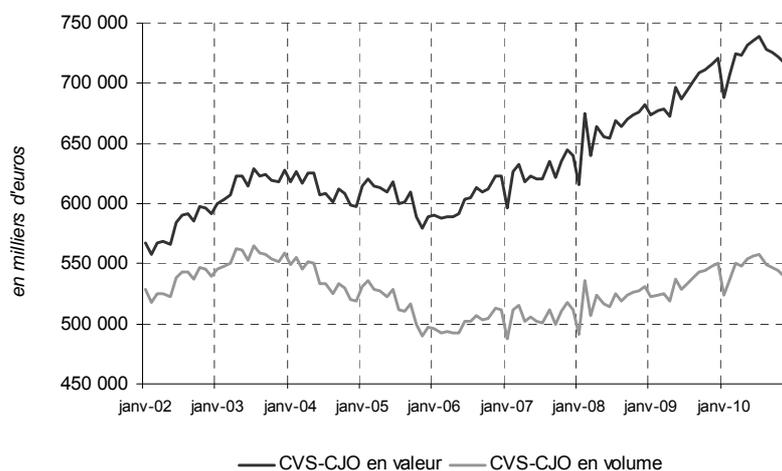
La progression des indemnités journalières pour accidents du travail et maladies professionnelles s'établit quant à elle à 4,4% en 2010, en diminution par rapport à 2009 (+5,1%).

⁵⁹ Parmi les raisons pouvant contribuer à expliquer cette baisse du rythme de croissance des IJ longues, pourrait potentiellement être évoqué – sous réserve d'analyses ultérieures – un raccourcissement du délai de passage en invalidité qui viendrait diminuer la durée des arrêts les précédant.

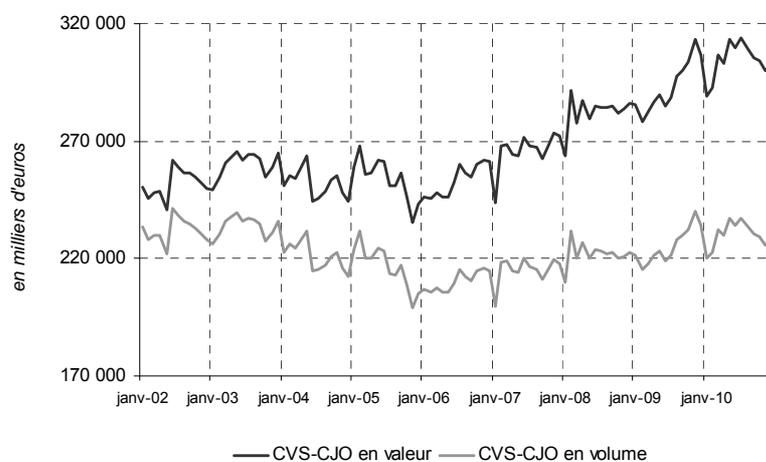
Graphique 5 – Dépenses remboursées de médicaments



Graphique 6 – Dépenses globales remboursées d'indemnités journalières



Graphique 7 – Dépenses remboursées d'indemnités journalières (moins de trois mois)



Source : CNAM.

9.4. LES PRESTATIONS MALADIE ET AT-MP HORS ONDAM DU RÉGIME GÉNÉRAL

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

Les indemnités journalières maternité et paternité conserveraient en 2010 et 2011 une dynamique proche de celle de 2009

En 2010, les indemnités journalières maternité et paternité ont progressé de 4,5% et 3,4% respectivement, portées par progression plus rapide des salaires (+2,2% après +1,3% en 2009⁶⁰) et une hausse du nombre de naissances (+0,4% après -0,5% en 2009). Jusqu'en 2008, les IJ paternité poursuivaient leur montée en charge et étaient plus dynamiques que les IJ maternité (cf. tableau 1). Le recul de 0,8% de ces prestations en 2009 et leur progression moins rapide que les IJ maternité en 2010 semblent traduire une adaptation des comportements à la conjoncture (cf. graphique 1).

Pour 2011, la prévision retient l'hypothèse d'une progression des salaires proche de celle de 2010 (+2,3% après +2,2% en 2010), d'un fléchissement de 0,3% du nombre de naissances (cf. fiche 14-1) et d'une reprise de la montée en charge des IJ paternité. Ainsi, la croissance des IJ maternité et paternité serait respectivement de 3,2% et de 4,7% en 2011

Une progression très modérée des prestations d'assurance décès en 2010 et 2011

En 2010, les prestations d'assurance décès se sont élevées à 164 M€, en hausse de 1,8% par rapport à 2009. Cette hausse intervient après une succession d'évolutions modérées à la hausse ou à la baisse qui ont laissé ces prestations à un niveau relativement stable (+0,3% par an en moyenne sur la période 2005-2010). En 2011, elles resteraient peu dynamiques (+0,6%) et s'élèveraient à près de 165 M€.

Un volume de prestations d'invalidité stable ou légèrement décroissant

La progression de l'ensemble des prestations servies au titre de l'invalidité a fortement ralenti depuis 2007, passant de 3% en 2007 à 0,9% en 2008, puis à 0,5% en 2009. Ce ralentissement s'explique par deux effets. Premièrement, l'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du « baby-boom », âge à partir duquel ils ne relèvent plus de la branche maladie, a équilibré les flux d'entrées-sorties en invalidité. Cet effet de stabilisation contribue depuis 2008 à une progression en volume très modérée de l'avantage principal des pensions et donc à une croissance en valeur voisine de celle des revalorisations des pensions. Depuis 2008, cet effet a été renforcé par une baisse importante des dépenses de majorations de pensions liée à la diminution d'environ 5% par an des dépenses d'allocations supplémentaires d'invalidité et à la baisse du nombre de titulaires d'une majoration pour tierce personne de près de 1% par an.

En 2010, avec une revalorisation des pensions de 0,9% en moyenne annuelle, les dépenses d'avantage principal ont progressé de 1,5%. Suite à la sortie de l'allocation spécifique

⁶⁰ Evolution des salaires moyens, champ URSSAF.

invalidité du compte de résultat (mesure LFSS pour 2010⁶¹), la charge de majoration de pensions s'est réduite de 57%. Au total, les prestations légales invalidité ont diminué de 3,7% (cf. tableau 2). En 2011, la réforme des retraites de 2010 contribuerait à la hausse des prestations d'invalidité pour un point environ, le recul de l'âge de départ se traduisant mécaniquement par un allongement de la durée en invalidité et par une hausse du nombre d'invalides (prévalence importante de l'invalidité aux âges élevés). Compte tenu de cet effet, avec une revalorisation des pensions plus importante (+1,8%) et volume stable (+0,1%), les prestations d'invalidité augmenteraient de 2,9% en 2011.

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

	En millions d'euros										
	2006	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
Total	2 609	2 651	1,6%	2 790	5,3%	2 857	2,4%	2 983	4,4%	3 082	3,3%
dont IJ maternité	2 412	2 447	1,4%	2 572	5,1%	2 640	2,6%	2 759	4,5%	2 848	3,2%
dont IJ paternité	197	204	3,6%	218	6,7%	216	-0,8%	224	3,4%	234	4,7%

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

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

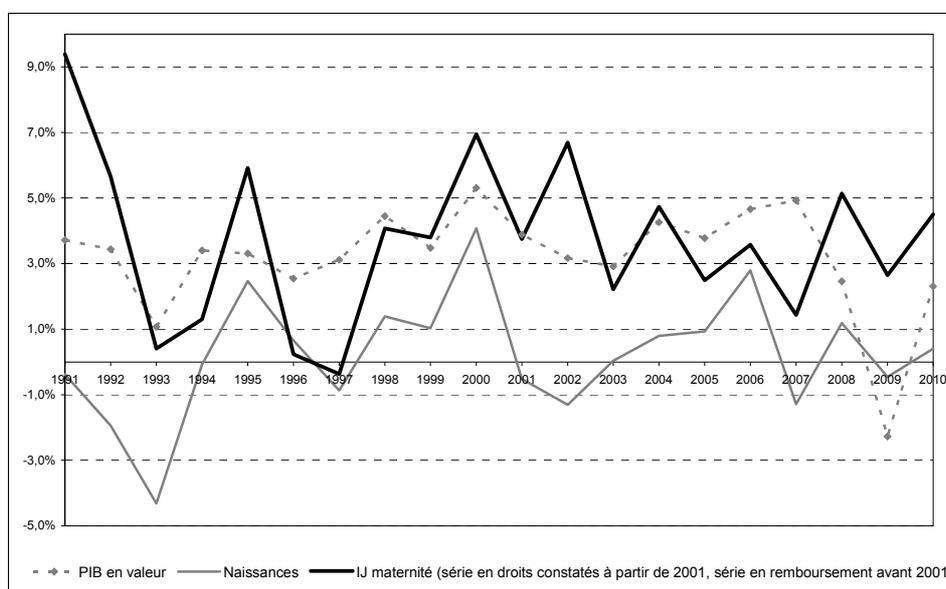


Tableau 2 - Les pensions d'invalidité (régime général)

	En millions d'euros					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montants	4 269	4 398	4 435	4 458	4 292	4 417
Progression en valeur	4,8%	3,0%	0,9%	0,5%	-3,7%	2,9%
dont revalorisation	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	0,9%	1,80%
dont effet volume	3,0%	1,2%	-0,5%	-0,8%	0,5%	0,1%
dont réforme retraite						1,0%
dont ASI					-5,1%	0,0%

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

⁶¹ A compter de 2010, les dépenses d'allocation supplémentaire d'invalidité qui sont assurés par l'Etat n'apparaissent plus dans le compte de résultat de la CNAMTS et sont retracées dans les comptes de tiers.

La progression des prestations d'incapacité permanente reste modérée

Le volume des rentes d'incapacité permanente d'accidents du travail – maladies professionnelles, qui était quasi stable en 2009 (-0,2% par rapport à 2008), a augmenté de 0,6% en 2010. Avec une revalorisation de +0,9% en moyenne annuelle, la croissance en valeur des rentes s'est établie à +1,5% en 2010, contre +1,1% en 2009. La prévision retient l'hypothèse d'une faible croissance en volume des prestations d'incapacité permanente en 2011 (+0,2%). Au total, avec une revalorisation de +1,8% en moyenne annuelle, ces prestations progresseraient de 2% en 2011 (cf. tableau 3).

Les charges liées au financement des fonds amiante (FCAATA et FIVA) en hausse de 35 M€ en 2011

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la création de fonds spécifiques : FCAATA (depuis 1999) et FIVA (depuis 2001). Les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, mais la branche AT-MP en est le principal financeur (depuis 2000 pour le FCAATA, et depuis 2001 pour le FIVA). En 2010, les dotations de la branche AT-MP aux fonds amiante ont conservé leur niveau de 2009 et se sont élevées à 1,195 Md€. En 2011, ces transferts augmenteraient de 35 M€ (LFSS pour 2011), la dotation au FIVA progressant de 25 M€ et celle au FCAATA de 10 M€ (cf. tableau 4).

Le solde du FCAATA parvient à l'équilibre

Depuis la création du fonds, on observe un ralentissement continu puis une décroissance des dépenses du fonds qui traduisent la fin de la montée en charge du dispositif en 2008. Cette dynamique des charges s'explique par la stabilité des modes d'admission au dispositif (les listes d'établissements ouvrant droit au dispositif n'évoluent presque plus) et par la dynamique opposée des flux de bénéficiaires en entrées et en sorties. Le flux annuel de nouveaux allocataires poursuit la baisse entamée en 2003 (érosion moyenne de -5% sur la période 2003-2010) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite dépassent en nombre les entrées depuis 2008. En conséquence, la population d'allocataires s'est stabilisée en 2008 puis a reculé de près de 2% en 2009 et de 5% en 2010 (cf. graphique 2), ce qui conduit à une stabilisation des charges en 2009 puis à leur recul de 2,9% en 2010 (-4,4% en volume, +0,9% de revalorisation et +0,6% de revalorisation de l'allocation minimale⁶²). Ces dynamiques se maintenant, les charges d'allocations baisseraient de 3,1% en 2011 (-4,8% en volume, +1,8% de revalorisation). Compte tenu de la hausse du taux de cotisation volontaire vieillesse (16,65% au lieu de 15,9%) et de la création par la loi portant réforme des retraites de 2010 d'un transfert à la CNAV compensant le maintien des conditions de départ à la retraite des allocataires (pour un coût estimé à 6 M€ en 2011), les charges du fonds ne se réduiraient que de 1,7% cette année.

Par ailleurs, la dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la CNAM AT-MP qui constituent l'essentiel (97% en 2010) de ses produits. Cette dotation, passerait de 880 M€ en 2010 à 890 M€ en 2011. Les droits sur la consommation des tabacs constituent l'autre ressource principale du fonds. Ils se sont élevés à 33 M€ en 2010 et resteraient à ce niveau en 2011. En 2010, les produits du fonds marqueraient un recul de 0,7% suite à l'enregistrement d'un moindre produit d'environ 4 M€ au titre des opérations d'inventaire liées au recouvrement de la contribution à la charge des entreprises (cette contribution a été supprimée par la LFSS pour 2009). Cette écriture ne serait pas reconduite en 2011 et les produits progresseraient de 1,6% cette année. En 2010, le fonds est parvenu à l'équilibre avec un solde excédentaire de 9 M€. La diminution des effectifs d'allocataires compensant les effets de la revalorisation et ses recettes croissant légèrement, le fonds serait excédentaire de près de 40 M€ en 2011 (cf. tableau 6).

⁶² Le décret n° 2009-1735 du 30 décembre 2009 a revalorisé le montant minimal de l'allocation de 20%.

Tableau 3 - Les prestations d'incapacité permanente en accidents du travail et en maladies professionnelles (régime général)

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montants	3 774	3 882	3 957	4 002	4 062	4 142
Progression en valeur	2,7%	2,9%	1,9%	1,1%	1,5%	2,0%
dont revalorisation	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	0,9%	1,8%
dont effet volume	0,8%	1,0%	0,6%	-0,2%	0,6%	0,2%

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

Tableau 4 - Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
au FCAATA	700	800	850	880	880	890
au FIVA	315	315	315	315	315	340
Total annuel	1 015	1 115	1 165	1 195	1 195	1 230
Total cumulé (*)	4 282	5 397	6 562	7 757	8 952	10 182

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

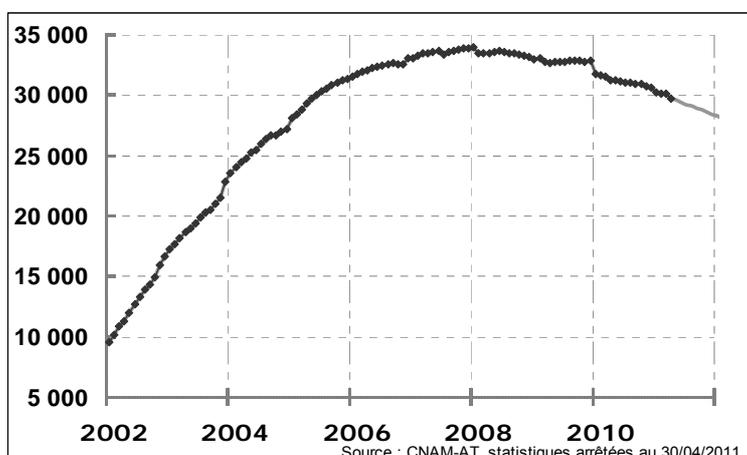
Encadré 1 - Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

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

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

Le fonds est géré pour une partie de ses opérations par la CNAM AT-MP et pour l'autre partie par la caisse des dépôts et consignations (CDC). Il bénéficie par ailleurs d'une solidarité de trésorerie avec la CNAM-ATMP pour garantir le paiement des allocations et des cotisations.

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

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

Une croissance des dépenses du FIVA

Les dépenses d'indemnisation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) se sont élevées à 456 M€ en 2010 dont 66 M€ de dotations aux provisions, soit une augmentation de 9% par rapport à 2009 (418 M€ en 2009). Plusieurs facteurs expliquent cette progression :

- les dépenses correspondant aux offres définitives proposées et acceptées en 2010 sont passées de 198 M€ en 2009 à 228 M€ en 2010 (soit une hausse de 15%), suivant une évolution de même sens du nombre de ces offres (6 800, contre 6 200 en 2009, soit +11% entre 2009 et 2010, cf. graphique 3) ;
- le coût des offres proposées par le FIVA avant 2010 et acceptées en 2010 connaît également une croissance de 10%, passant de 81 M€ en 2009 à 89 M€.

Les dépenses d'indemnisation du fonds devraient continuer de progresser en 2011 de près de 30% pour se situer autour de 600 M€, sous l'hypothèse d'un nombre d'offres de 9 000 en 2011, et d'un coût moyen des dossiers d'environ 67 000 € (estimation FIVA).

Sur la base de cette prévision, un déficit de 159 M€ pourrait être constaté en 2011. Le résultat cumulé du fonds resterait toutefois excédentaire (+99 M€ fin 2011) (cf. tableau 6).

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

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

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

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

Le fonds est un établissement public qui a commencé à opérer à partir du 1^{er} juillet 2002. Il instruit des dossiers et verse des indemnisations selon un barème qui se décompose en deux parties, d'une part l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle de la victime (préjudice patrimonial ou économique) et d'autre part, les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels. Par décision du conseil d'administration du FIVA le 22 avril 2008, la partie extrapatrimoniale du barème du fonds a été revalorisée de 8,7% pour les dossiers parvenant au FIVA après le 1^{er} juin 2008.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2011 a fixé à 10 ans le délai de prescription pour déposer un dossier devant le FIVA au lieu de 4 ans par le passé. Cette mesure s'est traduite par une contribution de la branche AT-MP majorée de 25 M€ au titre de 2011 afin d'anticiper une éventuelle hausse du nombre de demandes d'indemnisation en raison du rallongement du délai de prescription.

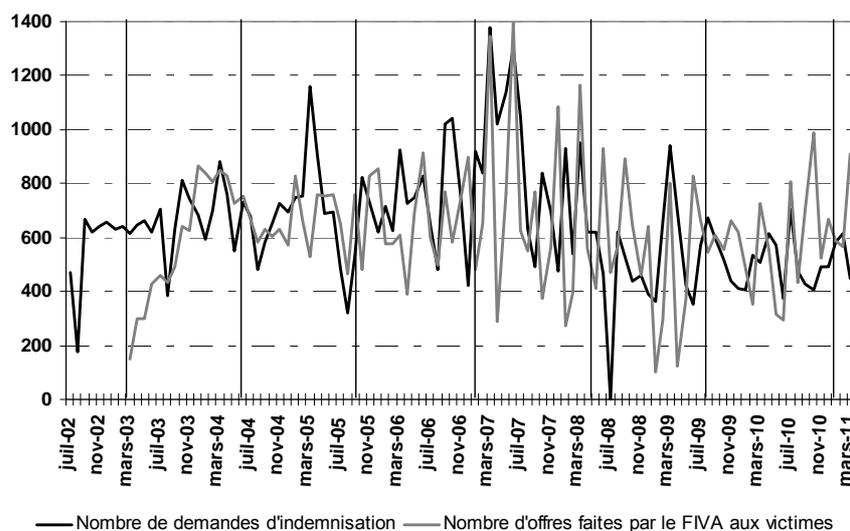
Tableau 5 - Comptes du FCAATA

FCAATA		2007	2008	%	2009	%	2010	%	2011 (p)	%
En millions d'euros										
CHARGES		918	929	1,2	926	-0,2	900	-2,9	884	-1,7
Charges gérées par la CNAM AT-MP		795	806	1,4	804	-0,3	780	-3,0	770	-1,3
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)		638	647	1,4	645	-0,3	627	-2,9	607	-3,1
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse		144	146	1,8	146	-0,5	140	-3,5	144	2,4
Charges de gestion des CRAM		13	13	1,2	13	-0,9	13	-2,3	12	-3,2
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire à la retraite									6	-
Charges gérées par la CDC		123	122	-0,7	123	0,2	120	-2,0	115	-4,6
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire		122	121	-0,7	120	-0,8	120	0,3	114	-4,6
IREC (AGIRC + ARRCO)		100	99	-1,0	98	-0,4	99	0,5	94	-4,9
IRCANTEC		1	1	12,1	1	-10,8	1	19,0	1	-13,9
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)		21	21	0,2	21	-2,6	20	-1,5	20	-2,7
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)		2	2	-2,6	3	75,5	0	-96,0	0	-15,4
Charges financières CDC		0	0	++	0	++	0	--	0	-
PRODUITS		862	916	6,3	915	-0,1	909	-0,7	923	1,6
Contribution de la CNAM AT-MP		800	850	6,3	880	3,5	880	0,0	890	1,1
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles		0	0		0,3	-	0	-	0	-
Contribution de l'Etat				-		-		-		-
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)		29	30	3,1	31	2,7	33	4,9	33	0,0
Produits financiers CDC		0	1	46,7	0	-66,6	0	-75,7	0	++
Contribution employeurs		33	35	8,6	3	-90,4	-4	--	0	--
Résultat net		-56	-12		-11		9		39	
Résultat cumulé depuis 2000		-260	-272		-284		-275		-236	

(1) ACAATA = Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

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

Graphique 3 – Flux mensuel des nouveaux dossiers et des offres aux victimes



Source : FIVA, statistiques arrêtées au 31/03/2011

Tableau 6 - Comptes du FIVA

		En millions d'euros et en %							
	2008	%	2009	%	2010	%	2011 (p)	%	
CHARGES	424	19%	424	0%	465	10%	600	29%	
Indemnisations (dont provisions)	416	19%	418	0%	456	9%	588	29%	
Autres charges	8	27%	6	-26%	9	50%	11	22%	
PRODUITS	419	4%	418	0%	429	3%	441	2,8%	
Contribution de la CNAM AT-MP	315	0%	315	0%	315	0%	340	8%	
Contribution de l'Etat	47	-1%	48	2%	48	0%	50	4%	
Autres produits (dont reprises sur provision)	57	45%	55	-3%	67	22%	51	-24%	
Résultat net	-6		-6		-36		-159		
Résultat cumulé depuis 2001	300	-2%	294	-2%	258	-12%	99	-62%	

Source: Direction de la Sécurité Sociale(6C)

10. ECLAIRAGES MALADIE

10.1. LE MARCHÉ DU MÉDICAMENT REMBOURSABLE EN FRANCE EN 2010

En 2010, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables s'est élevé à 19,5 Md€ ce qui correspond à 2,6 milliards de boîtes vendues en officines de ville. Sur ce même champ, le montant remboursé par l'assurance maladie, basé sur le CATTTC, s'élève à 21 Md€⁶³. La croissance du chiffre d'affaires des produits remboursables enregistre un net ralentissement par rapport aux années précédentes, notamment grâce à la générication en 2010 de certaines molécules onéreuses. En conséquence, certaines classes thérapeutiques auparavant très dynamiques sont devenues moins fortement contributives à la croissance du CAHT, voire tendent dorénavant à le ralentir.

Un ralentissement de la croissance du marché en 2010

L'année 2010 est caractérisée par un infléchissement de la croissance du marché des médicaments en ville. Elle s'est établie à + 0,5 % (avant correction de l'effet des grands conditionnements) contre + 2,2 % en 2009 (cf. graphique 1). La croissance faible par rapport aux années précédentes est en grande partie liée aux mesures de la politique du médicament, tant au regard de la maîtrise des volumes que des baisses de prix.

Un effet de structure prépondérant qui soutient la croissance

La croissance du marché des médicaments remboursables en ville peut se décomposer en trois effets (cf. encadré 1) : un effet prix qui correspond à l'évolution du prix des médicaments, un effet volume qui retrace l'évolution du nombre de boîtes vendues et un effet structure⁶⁴, qui mesure le déplacement de la consommation entre différentes classes thérapeutiques ou à l'intérieur d'une même classe. La décomposition du chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires selon ces trois effets (cf. tableau 1) montre tout d'abord que l'effet prix est toujours négatif (- 2,5 %). Les prix des médicaments étant administrés en France, les actions récurrentes de baisse de prix menées par le Comité économique des produits de santé⁶⁵ (CEPS) ont un impact quasi-immédiat. L'effet boîtes rend quant à lui compte des progrès faits en matière de maîtrise des volumes de ventes en 2010 (- 0,9 %), notamment via la maîtrise médicalisée, la franchise médicale et les déremboursements. De plus, le développement des grands conditionnements modère significativement l'effet volume, ce dernier étant plus élevé une fois corrigé de ce phénomène. Enfin, l'effet de structure (+4,0 %) retrouve en 2010 son rôle prédominant déjà observé avant 2009 dans la croissance du CA⁶⁶, les produits innovants ayant eu plus de poids que la montée en charge de la générication.

Une augmentation de la part des génériques en 2010

Le nombre de boîtes vendues appartenant au répertoire s'élève à 944 millions en 2010, soit 36,5 % du marché remboursable en ville, en progression de 4,3 % par rapport à 2009 (cf. tableau 2). En volume le taux de pénétration des génériques est de 67,7 %⁶⁷, soit une augmentation de 1,3 point par rapport à 2009, mais une baisse de - 3,1 points par rapport à 2008 et un niveau égal à celui de 2007. En 2010, le CAHT du répertoire au 1^{er} février 2011 est de 4,8 Md€, soit près de 25 % du marché global remboursable en ville. Les génériques réalisent un CAHT de 2,6 Md€ et représentent logiquement en valeur une part moindre qu'en unités : 54,3 % du répertoire en 2010 (contre 49,2 % en 2009 et 57,2 % en 2008).

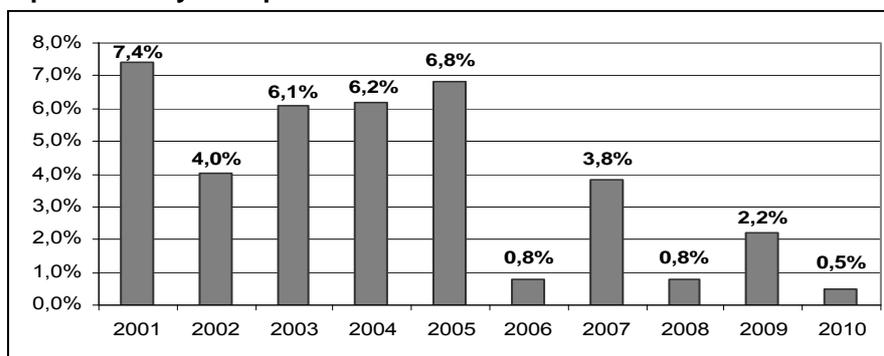
⁶³ Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises 2010 (c'est-à-dire y compris la TVA et les marges des différents intervenants sur le circuit) s'élève à 27,2 Md€, c'est pourquoi le montant remboursé est plus élevé que la CAHT.

⁶⁴ Cet effet est calculé de manière résiduelle comme la différence entre la croissance et les effets prix et volume.

⁶⁵ Le CEPS est chargé de négocier les prix des médicaments avec les industriels.

⁶⁶ 2009 fut marquée par l'épidémie de grippe et la vente de 50 millions de boîtes d'antalgiques dont le prix est très inférieur à la moyenne (cf. rapport du CEPS 2009), augmentant ainsi l'effet boîte et diminuant l'effet de structure résiduel, ce dernier passant de 8,3 % en 2008 à 1,3 % en 2009.

⁶⁷ Notons que la comparaison d'une année sur l'autre reste délicate du fait des différents répertoires considérés.

Graphique 1 – La dynamique du marché des médicaments remboursables en ville

Source : DSS/6B – CAHT, données GERS – marché de ville.

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

L'évolution globale est le produit d'un effet prix, d'un effet volume et d'un effet structure. L'effet prix correspond à l'évolution des prix unitaires des médicaments entre les années n-1 et n. Cet effet est calculé à champ constant, en valorisant par convention les présentations qui ne sont plus vendues l'année n par leur prix de l'année n-1. L'effet « volume » est le rapport entre le nombre de boîtes vendues en n et le nombre de boîtes vendues en n-1.

L'effet de « structure » mesure le déplacement de la consommation entre n-1 et n. Il est positif ou négatif selon que celle-ci s'oriente vers des produits plus onéreux (souvent innovants) ou au contraire moins chers (i.e. les génériques dont le prix est structurellement moins élevé).

Tableau 1 – Décomposition de la croissance des ventes de médicaments en ville

Année	Effet prix	Effet volume	Effet structure	Evolution globale
2007	-2,1%	0,0%	6,1%	3,8%
2008	-2,2%	-4,9%	8,3%	0,8%
2009	-2,2%	3,1%	1,3%	2,2%
2010	-2,5%	-0,9%	4,1%	0,5%
2010*	-2,3%	-0,6%	4,0%	1,0%

* après neutralisation des grands conditionnements

Source : DSS/6B - Données GERS - Marché de ville

Tableau 2 – Evolution du marché des médicaments génériques

en millions	2009*		2010**	
	Unités	Valeur	Unités	Valeur
Marché de ville (a)=(b)+(c)	2 607	19 365	2 583	19 460
• dont marché hors répertoire (b)	1 702	14 573	1 639	14 683
• dont marché des groupes génériques***(c)=(d)+(e)	905	4 792	944	4 777
- dont marché des génériques (d)	601	2 357	639	2 593
- dont marché des princeps du répertoire (e)	304	2 435	305	2 184
Part des groupes génériques dans le marché total	34,7%	24,7%	36,5%	24,5%
Part des génériques dans le marché des groupes génériques	66,4%	49,2%	67,7%	54,3%
Part des génériques dans le marché total	23,1%	12,2%	24,7%	13,3%

* Répertoire AFSSAPS du 29 décembre 2009.

** Répertoire AFSSAPS du 1er février 2011.

*** ces résultats concernent le répertoire exploité (i.e. les groupes dans lesquels un générique au moins est ou a été commercialisé). Il y a donc à la fois des médicaments des génériques (d) et non-génériques (princeps (e)) dans ces groupes.

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

Note de lecture : en 2010, les génériques ont représenté 639 millions de boîtes vendues pour une valeur de 2 593 M€. Cela représente 54,3 % du CA des groupes génériques et 13,3 % du marché global.

Une croissance du chiffre d'affaires 2010 tirée par les traitements lourds et onéreux...

Les dix classes qui contribuent le plus à la croissance en 2010 représentent une contribution de 2,5 points, soit une croissance du CAHT de 483,5 M€ (cf. graphique 2). Les cinq premières classes relèvent à 93 % de traitements de pathologies lourdes (en l'occurrence d'affections de longue durée⁶⁸). Ce sont les antidiabétiques (+ 115,6 M€) qui ont le plus contribué à la croissance du CAHT du marché remboursable en ville (cf. tableau 3). Cela s'explique par la conjugaison de leur croissance dynamique avec un poids important en termes de CA (4,3 % du marché total). Ils expliquent à eux seuls 0,6 point de la croissance totale du marché. Viennent ensuite les immunosuppresseurs, notamment Humira®, préconisé en cas de réponse insuffisante aux traitements habituels de la polyarthrite rhumatoïde par exemple. Ce traitement fait partie des thérapies coûteuses et la baisse de prix décidée par le CEPS en octobre n'a pas encore eu une répercussion importante en 2010, l'essentiel de l'effet portant sur 2011. Lucentis®, permettant de lutter contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), a contribué très majoritairement à la croissance des produits ophtalmologiques (+ 53,7 M€ sur un total de 66,7 M€ pour cette classe). Des classes thérapeutiques qui traitent le système nerveux central (psycholeptiques, antiépileptiques et psychoanaleptiques) ont quant à elles engendré une croissance du CAHT de près de 90 M€.

... compensée par l'efficacité de la maîtrise médicalisée sur certaines classes, un contexte épidémiologique favorable et la générication du clopidogrel (Plavix®)

Les dix classes ayant le plus contribué à infléchir la croissance en 2010 équivalent à une baisse du CA global de 454,5 M€ (- 2,3 points). Parmi ces classes thérapeutiques, cinq se distinguent particulièrement (cf. tableau 4). Ainsi, la classe ayant le plus contribué à affaiblir la croissance en 2010 est celle des anti-thrombotiques (- 180,3 M€, soit une contribution de - 0,9 point). Cela s'explique presque exclusivement par la générication du clopidogrel (Plavix®) dont le CAHT a baissé de 300 M€ (avec une contribution à la diminution du CAHT de sa classe de 33,5 points). Il est à noter qu'avant sa générication, Plavix® représentait en 2009 un CAHT annuel de 540 M€⁶⁹, soit 2,8 % du CAHT des médicaments remboursables en ville ; aujourd'hui il ne représente plus que 0,8 % du CAHT global et 23 % du CA de sa classe thérapeutique contre 53 % en 2009.

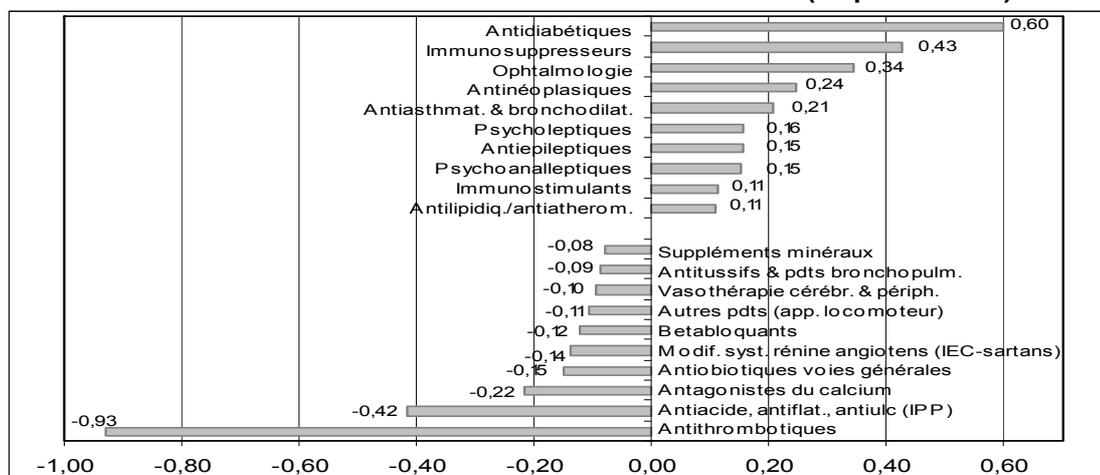
Ensuite, on retrouve les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP à - 80,6 M€), antiulcéreux, qui constituent une des classes ciblées par la maîtrise médicalisée et sur lesquels les économies réalisées hors prix et hors génériques ont été deux fois plus importantes que prévues⁷⁰ (67 M€ contre 37 M€). Les antihypertenseurs viennent en troisième (antagonistes du calcium) et cinquième positions (IEC-Sartans). Ils représentent une baisse du CAHT de 69 M€. Les économies réalisées en 2010 dans le cadre de la maîtrise médicalisée sur cette classe ont atteint 90 M€ contre 50 M€ initialement prévus. Enfin, les antibiotiques, à la fois cible d'un plan de santé publique et préoccupation de la maîtrise médicalisée, ont bénéficié d'un contexte épidémiologique favorable en 2010, cette année n'ayant presque pas connu d'épidémie par rapport à 2009. En effet, l'épidémie de grippe H1N1 de 2009 est restée exceptionnelle et les antibiotiques ont ainsi contribué à hauteur de 0,15 point à affaiblir la croissance du CAHT en 2010.

⁶⁸ Les traitements au titre des ALD sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie.

⁶⁹ Source : rapport du CEPS 2009.

⁷⁰ Source : CNAMTS.

Graphique 2 – Contribution des différentes classes thérapeutiques à la croissance des ventes de médicaments remboursables en ville en 2010 (en points de %)



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

Note : sur le total de 90 classes, les 70 classes non présentes sur le graphique apportent une contribution à la croissance globale du marché de 0,33 point en 2010. 32 classes n'y contribuent qu'infinitement (poids inférieur à 0,001 point), 22 classes y contribuent positivement pour un total de 0,84 point et 16 classes négativement à hauteur de - 0,84 point.

Tableau 3 – Top 5 des classes thérapeutiques ayant contribué le plus à la croissance du CA HT en 2010

Rang	Classe thérapeutique (Ephmra)	Croissance (M€)	Contribution à la croissance	CAHT (M€)	Part du CA
1	A10 ANTIDIABETIQUES dont JANUMET®	115,6 25,5	0,6 pt 3,6 pts	827,9 29,0	4,3% 3,5%
2	L04 IMMUNOSUPPESSEURS dont HUMIRA®	82,4 37,7	0,4 pt 6,2 pts	692,1 103,3	3,6% 14,9%
3	S01 OPHTALMOLOGIE dont LUCENTIS®	66,7 53,7	0,3 pt 9,9 pts	605,9 231,3	3,1% 38,2%
4	L01 ANTINEOPLASIQUES dont SPRYCEL®	47,2 14,4	0,2 pt 3,0 pts	528,8 18,3	2,7% 3,5%
5	R03 ANTI-ASTHMAT. & BRONCHODILAT. dont XOLAIR®	40,1 11,4	0,2 pt 1,1 pt	1 075,3 56,7	5,5% 5,3%
Total des 5 premières classes		351,9	1,8 pt	3 729,9	19,2%
Total marché ville remboursable		93,0	-	19 458,4	-

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

Note de lecture : la classe des antidiabétiques a vu son CA augmenter de 115,6 M€ entre 2009 et 2010, atteignant 827,9 M€ à fin décembre, ce qui représente 4,3 % du CA global. La croissance de cette classe a contribué à hauteur de 0,6 point à la croissance globale du marché. La spécialité ayant le plus contribué à la croissance de la classe des antidiabétiques est le Janumet® à hauteur de 25,5 M€, représentant une contribution de 3,6 points. La part du CA du Janumet® dans le CA des antidiabétiques est de 3,5 %.

Tableau 4 – Top 5 des classes thérapeutiques ayant le plus tiré vers le bas la croissance du CA HT en 2010

Rang	Classe thérapeutique (Ephmra)	Croissance (M€)	Contribution à la croissance	CAHT (M€)	Part du CA
1	B01 ANTITHROMBOTIQUES dont PLAVIX®	-180,3 -299,5	-0,9 pt -33,5 pts	713,8 165,9	3,7% 23,2%
2	A02 ANTIACIDE, ANTIFLAT., ANTIULC. dont INIPOMP®	-80,6 -26,7	-0,4 pt -2,8 pts	873,8 15,5	4,5% 1,8%
3	C08 ANTAGONISTES DU CALCIUM dont LERCAN®	-41,9 -17,9	-0,2 pt -5,5 pts	280,3 11,4	1,4% 4,1%
4	J01 ANTIOTIQUES VOIE GENERALE dont ORELOX enf/bébé®	-29,2 -2,2	-0,2 pt -0,3 pt	646,5 4,2	3,3% 0,6%
5	C09 MODIF.SYST. RENINE-ANGIOTENS. dont COZAAR®	-27,0 -13,8	-0,1 pt -1,0 pt	1 376,1 11,6	7,1% 0,8%
Total des 5 dernières classes		-359,1	-1,8 pts	3 890,5	20,0%

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

10.2. LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES : DÉMOGRAPHIE, ACTIVITÉ ET DYNAMIQUE DE LA DÉPENSE

Une profession à forte dominante libérale, dont les effectifs ont presque doublé en 20 ans

Une profession relativement jeune et exerçant surtout en libéral

Au 1^{er} janvier 2010, on compte près de 69 000 masseurs-kinésithérapeutes, soit 7% de l'ensemble des professionnels de santé et 10% des auxiliaires médicaux. Ce nombre a presque doublé depuis 1990, progressant en moyenne de 3% par an sur la période (cf. graphique 1), sous l'effet notamment d'une forte augmentation du quota de formation (+ 60% depuis 2000) qui s'élève désormais à 2140 étudiants par an.

Les professionnels exercent en grande majorité en mode libéral, soit près de 71% des effectifs (dont la quasi-totalité de manière exclusive), une proportion qui a très peu diminué sur la période. Parmi les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, même si l'exercice en cabinet individuel est fortement majoritaire, l'exercice en cabinet de groupe tend à se développer : la part des masseurs-kinésithérapeutes choisissant ce mode d'exercice est passée de 23% à 28% de 2001 à 2010 (cf. graphique 2). Ce mode d'exercice reflète le rajeunissement de la profession qui privilégie l'exercice de groupe (c'est le cas de 35% des moins de 35 ans contre 20% pour les plus de 50 ans). Par ailleurs, si la profession est relativement moins féminisée que les autres professions paramédicales (48% de femmes contre 83% en moyenne), cette proportion tend à augmenter, les femmes devenant même majoritaires chez les plus jeunes.

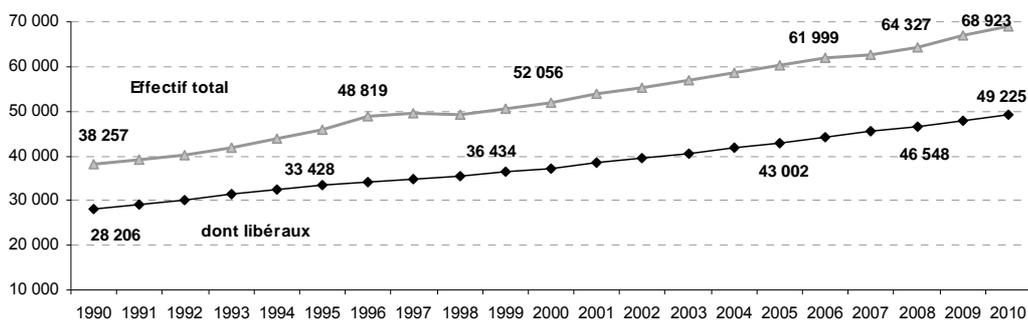
L'exercice dans les établissements de santé est quant à lui essentiellement le fait des professionnels salariés même dans les établissements privés (contrairement aux médecins qui peuvent y exercer à titre libéral) et est surtout choisi par les femmes (70% des effectifs dans les établissements publics).

Des disparités territoriales importantes d'honoraires et d'activité

Comme pour l'ensemble des professions libérales de santé, les masseurs-kinésithérapeutes sont inégalement répartis sur le territoire, avec des densités plus fortes dans le sud de la France, et des disparités semblables à celles du nombre de lits dans les établissements de soins de suite et de rééducation. Si en moyenne on compte 80 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants, cette densité varie fortement selon les départements (cf. carte 1) : ainsi près d'un tiers des départements ont une densité de masseurs-kinésithérapeutes inférieure de plus de 30% à la densité moyenne nationale. Cette répartition territoriale semble avoir un impact sur les honoraires moyens qui sont en moyenne plus faibles dans les régions denses en masseurs-kinésithérapeutes (cf. carte 2). En moyenne de 75 600 € en 2009, les honoraires moyens varient fortement selon les départements, de 56 200 € en Savoie à 98 000 € en Haute-Corse. Ces variations d'honoraires traduisent en général le niveau d'activité des masseurs-kinésithérapeutes : moindre dans les zones denses, où la concurrence est plus forte, et plus élevée dans les départements moins denses (cf. graphique 3).

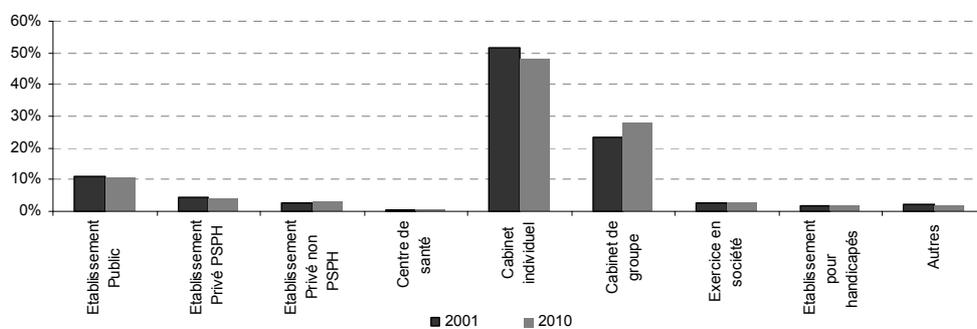
Dans les zones les plus denses où la concurrence est la plus forte, les professionnels ne disposent pas de liberté de fixation des tarifs pour augmenter leur revenu (les masseurs-

Graphique 1 : évolution des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes depuis 1990



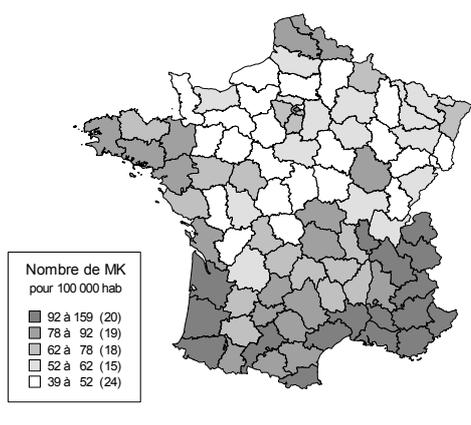
Source : DREES (répertoire ADELI) pour les effectifs totaux, CNAMTS (SNIR) pour les effectifs libéraux.
Champ : France métropolitaine.

Graphique 2 : répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon le mode d'exercice en 2001 et 2010

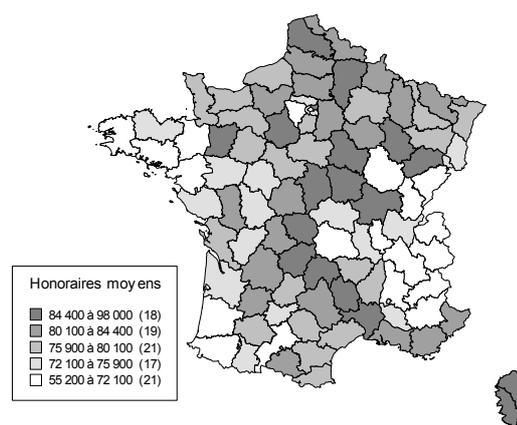


Source : DREES (répertoire ADELI) ; champ : France métropolitaine.

Carte 1 : densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2009



Carte 2 : honoraires moyens des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2009



Source : CNAMTS (SNIR).

kinésithérapeutes conventionnés sont tenus de respecter les tarifs opposables⁷¹). Ils semblent tarifier un nombre de coefficients par acte plus important que dans les zones moins denses (cf. graphique 4) et pratiquer plus d'actes par habitant, malgré des honoraires moyens plus faibles. Cette pratique est surtout vérifiée pour les actes de kinésithérapie ostéo-articulaire de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (cotés AMS), effectués en ambulatoire ou en établissement, et qui représentent 66% de leur activité. Le reste de l'activité de rééducation est principalement réalisé en ville (cotée AMK), pour 31%, et dans une faible mesure en établissement (cotée AMC).

En termes de revenus, les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent en moyenne 43 700 € par an issus de leur activité libérale, un montant très proche de celui des infirmiers et bien supérieur à celui des autres auxiliaires (27 800 € pour les orthophonistes et 21 900 € pour les orthoptistes, cf. graphique 5). Malgré une démographie dynamique, le revenu moyen a connu une croissance de plus de 2% par an de 2003 à 2008, en raison d'une progression des dépenses de soins soutenue sur cette période, quoique en décélération au cours des dernières années.

La dynamique de la dépense de soins de masso-kinésithérapie ralentit sur la période récente

Les dépenses de soins effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux s'élèvent à environ 4 Md€ en 2010, dont 77% en moyenne sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les dépenses remboursées par l'assurance maladie progressent à un rythme beaucoup plus modéré depuis 2008, de 2,5% par an en moyenne (cf. graphique 6). Ce ralentissement a été initié par la mise en place des franchises médicales (0,5 € par acte) en 2008, puis confirmé en 2009 et 2010 en raison de l'absence de revalorisations tarifaires et de la modération de la progression des volumes sans doute liée aux objectifs de maîtrise médicalisée sur la prescription des actes en série, sur la base des référentiels de la HAS⁷². Ils permettent à l'assurance maladie depuis 2009 de soumettre à un accord préalable la prise en charge des séances excédant certains seuils, afin d'harmoniser les fortes disparités de traitement constatées pour une même pathologie.

Ces évolutions contrastent nettement avec celles des années 2006/2007 marquées par une croissance dynamique de plus de 7% par an. L'augmentation des dépenses était stimulée à la fois par des progressions soutenues du volume d'activité et par des revalorisations tarifaires intervenues en 2006 (frais de déplacement) et en 2007, ciblées sur deux actes majeurs relatifs aux rééducations des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques.

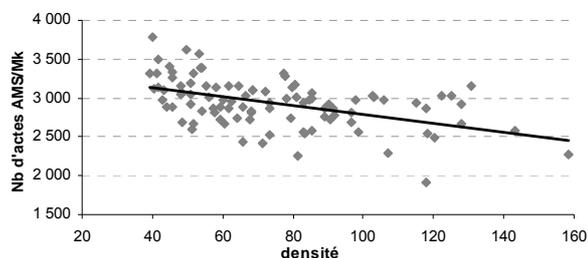
En 2011, l'évolution du volume de soins peut être affectée par la mesure introduite par l'article 63 de la LFSS pour 2011, qui prévoit la mise sous accord préalable pour les admissions en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) des patients ayant subi des interventions chirurgicales orthopédiques⁷³ (cf. fiche 10.3). Cette mesure, qui vise à diminuer le taux de recours aux établissements SSR, pourrait se traduire par un report de l'activité vers les soins de ville effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

⁷¹ Des exceptions semblent tolérées dans certains départements comme à Paris où les dépassements représentent en moyenne 18% des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes.

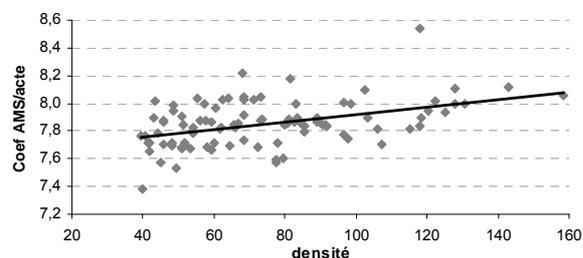
⁷² Actuellement, 5 actes de rééducation sont soumis à une mise sous accord préalable à partir d'un seuil de séances : rééducation suite à une entorse externe de la cheville (à partir de la 11^{ème} séance), à une prothèse totale de hanche (16^{ème} séance), du genou (26^{ème} séance), à une reconstruction du ligament croisé antérieur du genou (41^{ème} séance), à la libération du nerf médian au canal carpien (dès la 1^{ère} séance).

⁷³ Sont visés quatre actes chirurgicaux : arthroplasties du genou, de la hanche, reconstruction du ligament croisé antérieur, chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs.

Graphique 3 : densité des MK libéraux et nombre moyen d'actes AMS par professionnel en 2009

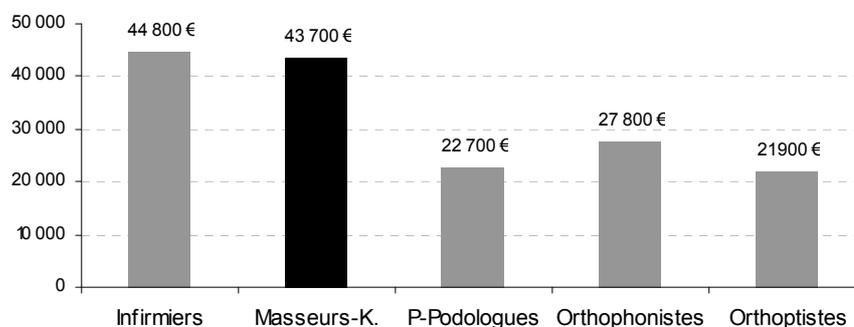


Graphique 4 : densité des MK libéraux et coefficients tarifés par acte en 2009



Source : CNAMTS (SNIR), traitement DSS ; champ : France entière.

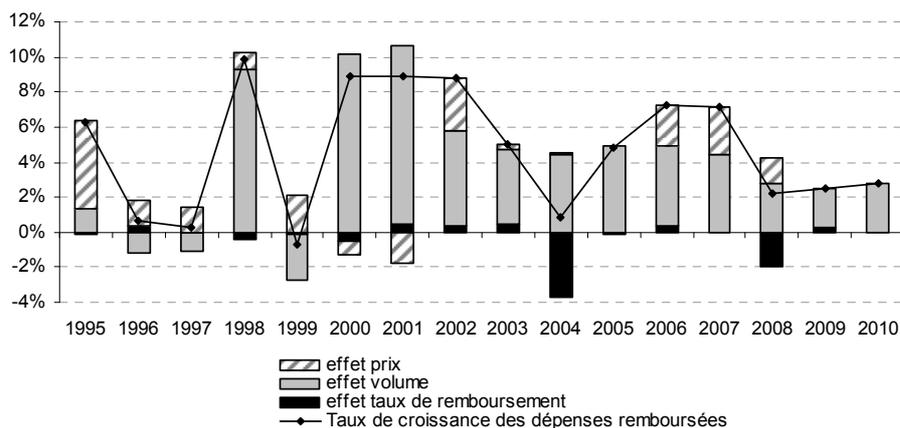
Graphique 5 : revenu moyen issu de l'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes et des autres auxiliaires médicaux en 2008



Source : CARPIMKO.

Note : il s'agit du revenu avant paiement des cotisations sociales.

Graphique 6 : décomposition de la croissance des dépenses remboursées des masseurs-kinésithérapeutes libéraux entre 1995 et 2010



Source : CNAMTS, données statistiques en dates de soins cvs-cjo, traitement DSS.
Champ : régime général, France métropolitaine.

10.3. LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION : ÉTAT DES LIEUX DES DÉPENSES ET DES CAPACITÉS AVANT LE PASSAGE EN T2A

Les soins de suite et réadaptation (SSR) correspondent aux activités de soins anciennement regroupées sous le terme « moyen séjour ». Les prises en charge dont bénéficient les patients en SSR ont pour caractéristique d'être pluridisciplinaires et globales. Elles impliquent de nombreux intervenants : personnel médical, soignant, de rééducation, et l'accès à des équipements et plateaux techniques spécialisés et coûteux. Leur finalité est le retour de patients présentant des déficiences ou des limitations de capacités vers leur lieu de vie. Les SSR visent à prévenir ou à atténuer, les conséquences de ces limitations - fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales - et à promouvoir la réadaptation et la réinsertion des patients. Ils s'inscrivent ainsi, dans les filières de prise en charge, en aval des soins de courte durée et en amont du retour à domicile, ou de l'admission en unités de soins de longue durée (USLD) ou en établissement médico-social.

Les versements de l'assurance maladie pour les prises en charge de SSR ont atteint 7 milliards d'euros en 2010, soit 10% de l'ONDAM hospitalier (cf. graphique 2).

Le secteur des SSR connaît un développement continu et important ces dernières années

Une augmentation à deux chiffres pour l'ensemble des modalités de prise en charge en SSR ces cinq dernières années

En 2009, les établissements de santé ont pris en charge près d'un million de séjours en hospitalisation complète en SSR, soit une hausse proche de 10% par rapport à 2005, et 2,3 millions d'hospitalisations partielles, soit une augmentation de plus de 40% du nombre de venues en cinq ans. Il résulte de ces évolutions une augmentation appréciable au cours des dernières années de la part⁷⁴ des alternatives à l'hospitalisation dans le total des prises en charge : celle-ci atteint 7,4 % en 2009. Le nombre de consultations externes en SSR, qui s'établit à près de 500 000 en 2009, a également fortement augmenté, avec une hausse de 15% en 5 ans. La file active⁷⁵ des patients en hospitalisation complète ou partielle (730 000 patients en 2009) a ainsi augmenté de plus de 26% sur la période 2005-2009 (cf. tableau 1).

Si ces évolutions notables peuvent être observées pour l'ensemble des secteurs hospitaliers, elles sont tirées par le secteur privé lucratif, dont la file active des patients hospitalisés en SSR a presque doublé en 5 ans. Ce secteur a pris en charge en 2009 environ un tiers des hospitalisations en SSR, soit une hausse de 17% du nombre d'hospitalisations complètes et de 87% du nombre d'hospitalisations partielles sur la période 2005-2009.

Cette évolution très dynamique du nombre de prises en charge en SSR est pour partie liée à l'application du nouveau modèle de financement des soins de courte durée, la tarification à l'activité, ou T2A MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), qui, en fondant les recettes perçues par les établissements de santé sur leur activité effective, les a incités à réduire la durée moyenne des séjours (DMS) en médecine et en chirurgie, en particulier dans les secteurs public et privé non lucratif, avec une baisse de 6% de la DMS entre 2005 et 2009 (cf. graphique 1). De ce fait, les patients sont désormais transférés plus rapidement vers les services de SSR.

⁷⁴ Nombre de venues en hospitalisations partielles et en ambulatoire dans le total des prises en charge (hospitalisations partielles, ambulatoire et hospitalisations complètes, mesurées en nombre de journées)

⁷⁵ Nombre de patients vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

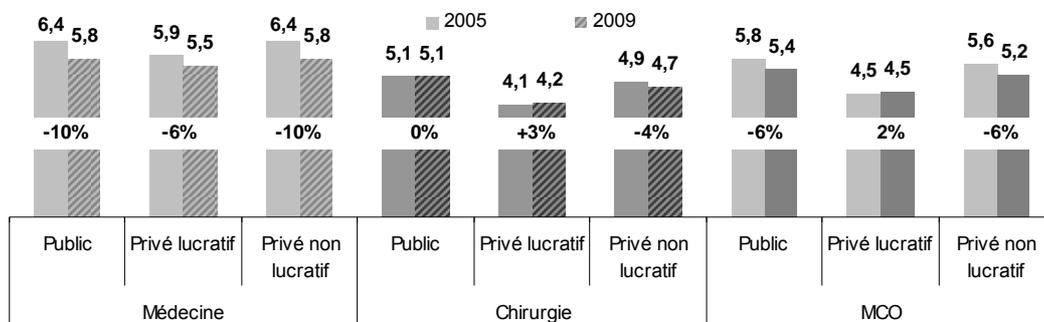
Tableau 1 – Capacités et activité hospitalières de SSR en 2009, et évolution depuis 2005

	2009				Evolution 2005-2009				
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total	
capacités d'accueil	Lits HC	40 723	28 082	30 116	98 921	8%	20%	2%	9%
	Places HP	2 036	2 047	3 559	7 642	41%	65%	18%	34%
	nombre maximum de personnes pouvant être prises en charge sur les plateaux techniques de...								
	...Kinésithérapie et physiothérapie	7 606	7 954	8 875	24 435	20%	31%	20%	23%
	...Ergothérapie	2 211	1 577	2 632	6 420	42%	50%	24%	36%
	...Balnéothérapie	1 605	2 206	2 031	5 842	27%	28%	5%	19%
Activité	Admissions HC (en milliers)	388	302	263	953	10%	17%	1%	10%
	Journées HC (en milliers)	12 560	9 645	8 802	31 007	7%	22%	0%	9%
	Venues HP (en milliers)	580	684	1 065	2 329	34%	87%	25%	41%
	Venues ambulatoires (en milliers)	36	49	62	147				-20%
	% alternatives à l'hospitalisation	5%	7%	11%	7%				22%
	Consultations (en milliers)	347	3	142	492	15%	29%	14%	15%
	File active HC+HP (en milliers)	267	243	220	730	34%	47%	3%	26%
Utilisation des capacités	Durée moyenne des séjours HC	32	32	34	33	-3%	4%	-1%	0%
	Journées par lits HC	308	343	292	313	-1%	1%	-2%	0%
	Taux d'occupation des lits HC	87%	96%	82%	88%	0%	1%	-1%	0%
	Venues par place HP	285	334	299	305	-5%	13%	6%	5%

HC : hospitalisation complète ou de semaine – HP : hospitalisation partielle (de jour ou de nuit)

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2005 et 2009, France entière, DREES

Graphique 1 – Evolution de la durée moyenne* de séjour en MCO sur la période 2005-2009



* La DMS est calculée comme le rapport du nombre de journées d'hospitalisation sur le nombre de séjours

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2005 et 2009, DREES

Tableau 2 – Age moyen et médian des patients pris en charge en SSR en 2009

	Hospitalisations			Séances
	Ensemble	complètes	partielles	
Age Moyen	67,4	70,6	47,8	41,2
Age médian	73	76	51	46

Source : PMSI 2009, ATIH

Parmi les explications du développement dynamique des SSR figure également le vieillissement de la population. L'activité SSR est en effet à forte composante gériatrique : la moitié des patients pris en charge en hospitalisation complète en SSR ont ainsi plus de 76 ans (cf. tableau 2).

Cette activité dynamique s'est accompagnée d'un développement important des capacités d'offre hospitalière en SSR

Entre 2005 et 2009, le nombre de lits d'hospitalisation complète en SSR a augmenté de 9%, pour s'établir à près de 100 000 en 2009, et le nombre de places d'hospitalisation partielle de 34%, pour atteindre 7 600 en 2009. Là encore, les évolutions sont nettement plus fortes dans les établissements privés lucratifs (respectivement +20% et +65% en 2009). Toutefois, le secteur public continue de concentrer la plus grande part des lits d'hospitalisation (41%) et le secteur privé non lucratif de rassembler la plus grande part des places d'hospitalisation partielle (47%). Les capacités d'accueil des plateaux techniques ont également beaucoup augmenté : d'environ 20% pour les plateaux de kinésithérapie et les balnéothérapies à plus de 35% pour les plateaux d'ergothérapie (cf. tableau 1).

Si le nombre d'hospitalisations par lit est resté stable sur la période, le nombre de venues par place a augmenté de 5%, permettant ainsi un accroissement des capacités d'hospitalisation partielle un peu moins important que l'augmentation de l'activité.

Les dépenses de SSR ont connu une évolution modérée et devraient prochainement voir leur mode de financement réformé

Les versements de l'assurance maladie aux structures SSR ont connu sur la période récente une croissance modérée au regard de l'évolution de l'activité

Entre 2007 et 2010, les montants versés aux structures SSR par l'assurance maladie ont connu une évolution moyenne de 3,7% par an, supérieure à celle de l'ONDAM hospitalier (2,8% par an). L'évolution des dépenses d'assurance maladie est toutefois très différente selon le secteur d'hospitalisation considéré.

- Les activités de SSR des établissements de santé publics⁷⁶ sont actuellement financées forfaitairement par une dotation annuelle de financement (DAF), qui n'a connu qu'une augmentation modérée (+2,5%) sur la période 2007-2010. Ce modèle de financement a ainsi permis de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie pour les SSR malgré l'augmentation importante du nombre de prises en charge sur cette période.
- Les établissements privés, dont l'activité de SSR est financée par des prestations journalières, ont vu leurs recettes augmenter de manière beaucoup plus soutenue durant cette période, avec une hausse de 8,1%. (cf. graphique 2).

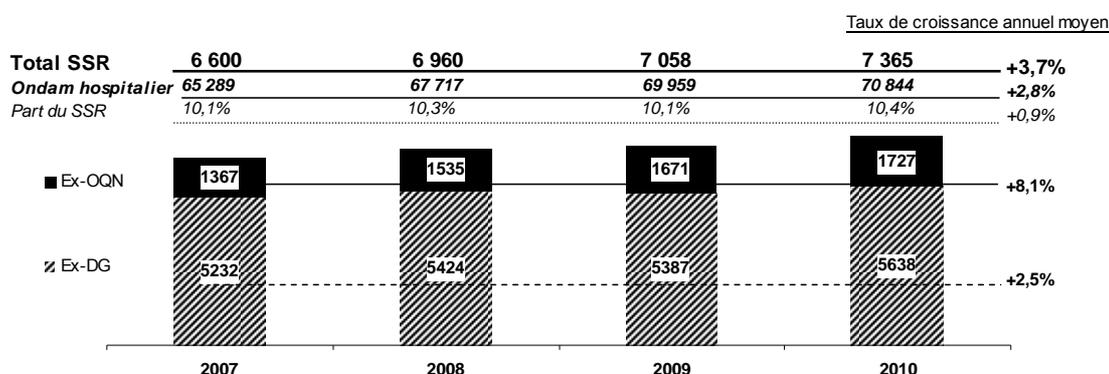
Le passage des SSR à la tarification à l'activité est imminent...

La tarification à l'activité (T2A) sera instituée dans le financement des structures de SSR à partir de mars 2012. Comme pour le champ MCO, la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation vise à remédier à certains effets pervers des systèmes de financement précédemment décrits :

- Si la dotation globale permet une certaine maîtrise des dépenses d'assurance maladie, elle présente néanmoins le défaut majeur de figer le financement des structures publiques de SSR par rapport à leur situation initiale, et conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives.

⁷⁶ Le terme « établissements publics » désigne ici, par abus de langage, l'ensemble des établissements anciennement financés par dotation globale (ex-DG) et le terme « établissements privés », les établissements anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN).

Graphique 2 – Evolution 2007-2010 des dépenses de SSR de l'assurance maladie (M€)



Source : Outil de suivi des délégations des enveloppes hospitalières ARBUST, ATIH, pour les dépenses des établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ex-DG) – Traitement DSS des données comptables des régimes d'assurance maladie pour les établissements anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN). *Note* : les montants indiqués pour le secteur ex-OQN ne comprennent pas la rémunération des médecins libéraux, tandis que les montants indiqués pour le secteur ex-DG incluent la rémunération des médecins salariés. Ces montants ne sont donc pas directement comparables.

Encadré 1 – Le compartiment activité du modèle cible de la T2A SSR

Le compartiment activité comprend les séjours de SSR, auxquels sont associés des tarifs.

Les séjours d'hospitalisations complète et partielle en SSR sont décrits à travers un recueil d'informations, obligatoire pour l'ensemble des établissements, qui permet d'apprécier l'activité sur un plan quantitatif (volume d'activité) et sur un plan qualitatif (indicateurs médicalisés).

Les données recueillies sont organisées en résumés hebdomadaires standardisés (RHS), décrivant, par semaine, les caractéristiques de la prise en charge de chaque patient. En SSR, le séjour hospitalier est ainsi couvert par un ou plusieurs résumés hebdomadaires en fonction de la durée de l'hospitalisation. Le codage des pathologies utilise la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10), celui des actes médicaux la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; les actes de rééducation et de réadaptation sont décrits dans le catalogue des activités de réadaptation-rééducation (CdARR).

Les RHS sont dans un premier temps classés dans une *catégorie majeure clinique* (CMC) en fonction de trois variables caractérisant la morbidité principale (finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et affection étiologique), puis dans un *groupe de morbidité dominante* (GMD) déterminé selon l'analyse des diagnostics renseignés en morbidité principale (et éventuellement en diagnostics associés significatifs). Ce classement ne permet toutefois pas de traduire la lourdeur des prises en charge médicales qui, précisément dans ce secteur d'activité, est multifactorielle, la prise en compte d'autres facteurs est donc nécessaire. Un indicateur de valorisation de l'activité (IVA) en SSR qui attribuent des points d'activité aux journées de présence, selon la combinaison de huit variables explicatives des coûts journaliers des prises en charge en SSR, a donc été construit. Les variables utilisées sont les suivantes :

- 1- le résultat du groupage du RHS en GMD,
- 2- la classe d'âge,
- 3- le score de dépendance physique (habillement, déplacement, continence, alimentation),
- 4- le score de dépendance cognitive (comportement, relation-communication),
- 5- le score des activités de rééducation-réadaptation (selon le CdARR),
- 6- l'existence d'une comorbidité ou d'un acte valorisant,
- 7- le type de finalité de prise en charge (réadaptation fonctionnelle / autre),
- 8- le type d'hospitalisation (complète ou partielle).

Les interactions entre ces variables étant fortes, les points IVA ne sont pas attribués de manière uniforme pour une variable donnée dans tous les GMD, mais modulés en fonction des autres variables. Au final c'est une matrice de plus d'un million de combinaisons qui croise l'ensemble des cas de figure.

Un « score » IVA est ainsi attribué à chaque journée de présence et multiplié par le nombre de journée du RHS. Pour une période de temps donnée, le nombre de points IVA d'un établissement donné correspond à la somme des points attribués à chacun de ses RHS.

Pour le compartiment activité, les recettes des établissements SSR seront déterminées en fonction du nombre de points IVA produits.

Source : ATIH

- Le modèle du prix de journée conduit les établissements à optimiser l'utilisation de leurs capacités d'accueil, parfois au détriment de la pertinence des soins. Par ailleurs, les tarifs des prestations journalières des établissements sont variables d'une région à une autre en fonction des négociations menées entre l'assurance maladie et les professionnels (le prix moyen de journée SSR variait ainsi de 159 € à 259 € en 2008, en France métropolitaine) ce qui limite la lisibilité et dégrade l'équité du financement des soins.

Les deux dispositifs coexistants d'allocation des ressources aux établissements SSR ne sont ainsi ni comparables, ni compatibles et freinent en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier. La réforme du financement des soins de suite et de réadaptation vise ainsi à rétablir une équité de traitement entre les secteurs public et privé. En liant directement les recettes des établissements à l'activité effectuée, elle introduit un financement sur une base davantage médicalisée, et devrait inciter les acteurs hospitaliers à conduire les adaptations nécessaires à une meilleure maîtrise des coûts.

...mais son introduction sera progressive...

Le modèle cible de la T2A en SSR devrait comporter quatre compartiments : activité, MIGAC⁷⁷, molécules onéreuses et dispositifs médicaux, plateaux techniques et ateliers d'appareillage très spécialisés. Ces deux derniers compartiments regroupant des éléments qui ne peuvent être intégrés dans les tarifs des séjours du fait de leur rareté et de leur hétérogénéité.

Lors de sa première année d'application, en 2012, la T2A SSR devrait ne porter que sur les compartiments « molécules onéreuses » et « MIGAC ». Les compartiments « activité » et « plateaux techniques spécialisés » seraient introduits l'année suivante, après la réalisation de travaux techniques complémentaires.

Sans attendre la mise en place de la T2A, des modulations des dotations annuelles, pour le secteur public (5% en 2011), et des tarifs journaliers (0,51% en 2011), pour le secteur privé, ont été opérées dès 2009 en fonction d'une mesure de l'activité de SSR (IVA : indice de valorisation de l'activité) compatible avec ce schéma cible (cf. encadré 1).

...et devra s'accompagner de diverses mesures de régulation

L'impact de la mise en place de la T2A SSR intervient dans le contexte du dynamisme de cette activité et de la progression de sa place dans les filières de soins. Afin de contrôler l'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour le financement de ces prises en charge au cours des prochaines années, des mesures complémentaires de régulation de l'offre comme de l'activité sont d'ores et déjà mises en œuvre :

- Une instruction a été diffusée en 2010 auprès des agences régionales de santé (ARS) afin de sécuriser les démarches d'autorisation et d'accorder des objectifs quantifiés d'offre de soins plus réalistes. Les capacités, notamment dans le secteur privé lucratif, avaient en effet beaucoup augmenté suite à l'ouverture, en 2008 et 2009, d'une fenêtre exceptionnelle d'autorisation de création de lits d'hospitalisation complète ou de places d'hospitalisation partielle en SSR, dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui déterminent la répartition territoriale des activités de soins et des équipements matériels lourds susceptibles d'être autorisés en quantifiant les objectifs auxquels cette offre de soins doit répondre (cf. tableau 3).

- La LFSS de 2011 a introduit la possibilité de cibler certaines activités de soins de suite et de réadaptation par des procédures de mise sous accord préalable (MSAP) fondées sur des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) afin de limiter le nombre d'hospitalisations non nécessaires pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie (cf. encadré 2).

⁷⁷ Missions d'intérêt général (dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation -MERRI) et aides à la contractualisation

Tableau 3 - Evolution 2007-2009 des lits d'hospitalisation complète en SSR, par secteur et par région (France métropolitaine)

	Nombre de lits 2009	Part de chacun des secteurs 2009			Evolution 2007-2009		
		Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Alsace	2 747	32%	64%	4%	4%	0%	1%
Aquitaine	5 239	30%	29%	41%	-1%	2%	3%
Auvergne	2 233	51%	40%	9%	-3%	1%	13%
Basse-Normandie	2 082	42%	20%	38%	4%	-8%	7%
Bourgogne	2 606	49%	19%	32%	4%	-7%	13%
Bretagne	4 777	47%	43%	10%	3%	1%	10%
Centre	3 770	46%	24%	29%	4%	-8%	19%
Champagne-Ardennes	1 365	68%	20%	13%	0%	110%	11%
Corse	533	22%	0%	78%	-13%		29%
Franche-Comté	1 599	58%	25%	17%	4%	4%	27%
Haute-Normandie	2 443	43%	32%	24%	3%	-6%	42%
Ile-de-France	16 494	49%	27%	24%	1%	-3%	23%
Languedoc-Roussillon	5 109	22%	32%	46%	3%	-5%	5%
Limousin	1 148	70%	23%	7%	4%	-3%	161%
Lorraine	3 329	45%	46%	9%	7%	0%	2%
Midi-Pyrénées	4 905	41%	19%	40%	5%	-3%	6%
Nord-Pas-de-Calais	5 263	48%	34%	18%	2%	5%	12%
Pays de la Loire	4 847	52%	40%	8%	2%	-1%	0%
Picardie	2 752	49%	39%	12%	6%	-7%	194%
Poitou-Charentes	2 348	56%	22%	23%	0%	10%	-2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 648	16%	25%	59%	7%	0%	4%
Rhône-Alpes	9 635	45%	36%	18%	1%	1%	24%
France métropolitaine	95 872	42%	31%	27%	2%	-1%	11%

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2007 et 2009, DREES

Encadré 2 – Les mises sous accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR

Les MSAP SSR, introduites par l'article 63 de la LFSS pour 2011, poursuivent un double objectif :

- L'harmonisation des pratiques médicales et le renforcement de l'application des référentiels de bonnes pratiques médicales de la HAS (publiés en 2006).
- La diminution du nombre d'hospitalisations non justifiées, pour les indications pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral.

Quatre gestes chirurgicaux et orthopédiques sont ciblés en 2011 par ce dispositif :

- L'arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (en 1^{ère} intention),
- La chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs,
- La ligamentoplastie du croisé antérieur du genou,
- L'arthroplastie de la hanche par prothèse totale de hanche (1^{ère} intention).

Les MSAP portent sur l'établissement qui admet le patient et qui exécute la prestation et non pas sur le prescripteur.

La durée maximum des procédures de MSAP est de six mois.

Si l'accord préalable n'est pas délivré, le patient doit être réorienté. Si la structure réalise la prise en charge en dépit du refus de délivrer l'accord préalable, elle ne recevra aucun versement de l'assurance maladie. Les procédures de MSAP ont d'ores et déjà démontré leur efficacité dans le domaine de la chirurgie ambulatoire notamment.

Source : Cnam

10.4. BILAN DES DISPOSITIFS D'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES PLUS DÉMUNIS : CMUC ET ACS

Des aides à la complémentaire santé sous condition de ressources

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)

Créée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle offre depuis le 1^{er} janvier 2000 l'accès sous condition de ressources à une complémentaire santé gratuite pendant un an renouvelable – cf. encadré 1. Les bénéficiaires peuvent choisir de confier la gestion de cette couverture à leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme complémentaire (OC) agréé : mutuelle, assurance ou institution de prévoyance. La grande majorité des bénéficiaires (84,9%) confie la gestion de la CMUc à leur régime obligatoire. Cette proportion est cependant en diminution depuis 2007 (-2,4 points).

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou ACS

Cette aide, créée par la loi sur l'assurance maladie d'août 2004, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005 afin d'aider, sous condition de ressources, les personnes non éligibles à la CMUc à souscrire une complémentaire santé. Elle consiste en l'octroi d'une réduction de cotisation à une complémentaire santé. Parallèlement à cette aide, des dispositifs locaux de complément à l'ACS ont été développés par les caisses primaires d'assurance maladie (88 caisses sont intervenues dans ce domaine en 2009 auprès de 110 000 bénéficiaires).

Un financement qui a connu de profondes restructurations

Depuis 2009⁷⁸, le fonds CMU n'est plus financé que par la contribution versée par les OC qui est passée de 2,5% à 5,9% de leur chiffre d'affaires au 1^{er} janvier. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à hauteur de 6,27% (pour les contrats à échéance principale à compter du 1^{er} janvier 2011) sans conséquence financière pour les OC puisque l'assiette est le chiffre d'affaires hors taxes.

Depuis 2004, le fonds reverse un montant forfaitaire annuel aux régimes de base et aux OC, par bénéficiaire de la CMUc⁷⁹, qui a été porté de 307 € en 2005, à 340 € en 2006 et à 370 € depuis 2009. Les organismes complémentaires déduisent ce forfait de leur contribution. Les régimes de base voient cependant une partie des dépenses de CMUc rester à leur charge, en particulier la CNAM dont le coût moyen par bénéficiaire est significativement supérieur (environ 430 € par an en 2010, soit une charge de 60 € par bénéficiaire). En 2010, le montant des dépenses pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMUc est estimé à plus de 1,5 Md€. Pour l'ACS, le coût global s'élève à 135 M€ à la charge du fonds CMU. Enfin, le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAM (101 M€ en 2010, soit la totalité de l'excédent du fonds de l'année 2009 – cf. tableau 1).

⁷⁸ Avant 2009, les recettes du Fonds CMU pour financer la CMUc provenaient de quatre sources : une contribution des OC égale, depuis le 1^{er} janvier 2006, à 2,5% des primes reçues au titre de leur activité en matière de protection complémentaire santé en 2008 ; l'attribution de droits sur l'alcool depuis 2005 et 1,88% du droit de consommation sur les tabacs. Cette fraction des droits sur l'alcool et le tabac n'est plus affectée au Fonds CMU mais à l'assurance maladie depuis 2009 ; enfin, la loi créant la CMU a prévu qu'une dotation de l'Etat équilibre les comptes du fonds..

⁷⁹ Jusqu'en 2003, les régimes de base étaient remboursés par le fonds CMU à hauteur de leurs dépenses.

Encadré 1. Principes de la CMUc et de l'ACS

La CMUc permet la prise en charge sans avance de frais : **du ticket modérateur** (part du "tarif sécurité sociale" après remboursement par l'assurance maladie) pour les soins de ville (par exemple 30% du tarif de la consultation pour les médecins) et hospitalier ; **du forfait journalier hospitalier** (18 € en hôpital ou clinique et 13,5 € en service psychiatrique, depuis le 1^{er} janvier 2010) sans limitation de durée ; **des dépassements de tarifs** dans des limites définies par arrêté (remboursement sur la base du « tarif sécurité sociale » augmenté d'un montant forfaitaire) pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, l'optique, les prothèses auditives ainsi que certains dispositifs médicaux (prothèses, compresses, fauteuils roulants...) ; et **l'exonération de la participation forfaitaire de 1 €** (sur les consultations, radiologies et analyses médicales) **et des franchises médicales** (0,5 € par boîte de médicaments, 0,5 € par actes paramédicaux, 2€ par transport sanitaire). Les professionnels de santé sont tenus de respecter ces tarifs, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré. Ainsi, les bénéficiaires de la CMUc ne supportent en principe aucun reste à charge.

Les ressources prises en compte pour bénéficier de la CMUc sont celles perçues par le foyer au cours des douze mois précédant la demande ; elles comprennent : 1/ les revenus du travail et du capital, les pensions reçues, les prestations sociales (sauf l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), l'allocation d'éducation spéciale, l'allocation de rentrée scolaire et les primes de déménagement) et 2/ les avantages en nature procurés par un logement et les allocations logement, mesurés par un montant forfaitaire appelé « forfait logement », variable selon la composition du foyer et défini en pourcentage du RSA (cf. tableau ci-dessous).

Le foyer CMUc se compose du demandeur, de son conjoint soumis à imposition commune et des enfants ou personnes à charge de moins de 25 ans (non autonomes, fiscalement, financièrement et géographiquement). Le plafond est majoré en fonction du nombre de personnes dans le foyer : de 50% pour la deuxième personne, de 30% pour les troisième et quatrième et de 40% à partir de la cinquième. Il est également plus élevé dans les DOM depuis le 1^{er} septembre 2003.

Nb de pers. dans le foyer	Plafond CMUc au 01/07/2010		Plafond ACS au 01/01/2011		dont forfait logement mensuel en €			
	Métropole	DOM	(CMUc+26%:LFSS (montants mensuels en €))		Propriétaire occupant à titre gratuit (montants mensuels en €)		Bénéficiaire d'une aide au logement (montants mensuels en €)	
			Métropole	DOM	au 01/01/2011	au 01/01/2010	au 01/01/2011	au 01/01/2010
1	634	706	799	889	56,04	55,21	56,04	55,21
					(soit 12% du RSA 1 pers.)			
2	951	1 059	1199	1334	98,07	96,62	112,08	110,42
					(soit 14% du RSA 2 pers.)			
3	1 142	1 271	1439	1601	117,68	115,94	138,7	136,65
					(soit 14% du RSA 3 pers.)			
4	1 332	1 483	1678	1868	117,68	115,94	138,7	136,65
					(soit 14% du RSA 3 pers.)			
Par pers. suppl.	253,71	282,38	320	356	117,68	115,94	138,7	136,65
					(soit 14% du RSA 3 pers.)			

Note: Les bénéficiaires du RSA socle (467€ au 1^{er} janvier 2011) bénéficient de la CMUc sans examen de leurs ressources, sous réserve du choix de l'organisme gestionnaire.

ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé)

Cette aide vient en déduction du prix d'un contrat individuel de couverture complémentaire (les contrats collectifs obligatoires n'y ouvrent pas droit). Son montant est plafonné au montant de la prime due et varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € pour les 16-49 ans, 350 € pour les 50-59 ans et 500 € pour les 60 ans et plus, depuis le 1^{er} janvier 2010⁸⁰.

Le plafond d'attribution de l'ACS est passé du niveau du plafond CMUc augmenté de 15% entre 2005 et 2007, à ce plafond augmenté de 20% suite à la LFSS de 2007 et il vient d'être relevé au niveau de ce plafond +26% au 1^{er} janvier 2011. Il est prévu qu'il atteigne le niveau du plafond CMUc+30% au 1^{er} janvier 2012 afin d'élargir la plage des populations éligibles et que les bénéficiaires isolés de l'ASPA et de l'AAH puissent continuer à en bénéficier suite à la revalorisation de ces aides à l'horizon 2012.

L'attestation délivrée par les régimes de base est valable 6 mois (délai pour l'utiliser auprès d'un OC) et le droit est accordé pour une année (une fois l'attestation utilisée auprès d'un OC). L'ACS correspond en pratique à un crédit d'impôt pour les OC qui déduisent le montant de l'aide de la contribution qu'ils versent au fonds CMU au titre de la CMUc⁸¹. Contrairement à la CMUc, le contrat ACS étant de droit commun, la participation forfaitaire de 1 € n'est pas remboursée par les contrats ACS (de même que pour l'ensemble des contrats complémentaires individuels dits « responsables »⁸²). En revanche, les personnes titulaires d'une attestation ACS bénéficient d'un tiers payant sur la part obligatoire pendant une durée de 18 mois.

⁸⁰ Son montant a beaucoup évolué depuis sa création : il était de 100 € pour les moins de 25 ans, 200 € pour les 25-59 ans et 400 € pour les 60 ans et plus en 2005. Au 1^{er} août 2009, les montants de l'ACS pour les plus de 60 ans ont été revalorisés (500 €) et une tranche d'attribution créée pour les 50-59 ans (350 €). Au 1^{er} janvier 2010, le montant de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans a doublé (200 €).

⁸¹ Source : Fiche 9-3 du rapport CCSS de septembre 2006.

⁸² Ces contrats doivent respecter certaines obligations et interdictions en contrepartie d'avantages fiscaux et sociaux.

Des bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS aux profils différents

Des bénéficiaires jeunes, en situation de précarité sociale et financière pour la CMUc

Le nombre de bénéficiaires de la CMUc est estimé à 4,3 millions (6% de la population totale, à comparer aux 88% qui possèdent une couverture privée) en moyenne en 2010, en augmentation de +1,2% par rapport à 2009⁸³ – cf. graphique 1. Cette évolution peut s'expliquer par les effets retardés de la crise économique (du fait de la prise en compte des ressources des 12 derniers mois précédant la demande d'aide). La population des bénéficiaires de la CMUc est jeune (44,3% de moins de 20 ans et 4,6% de plus de 60 ans) –cf. graphique 2, féminine, avec une proportion importante de familles monoparentales, de chômeurs et d'inactifs, d'ouvriers et d'employés⁸⁴.

Des bénéficiaires d'âge actif avec une part de 60 ans et plus qui augmente pour l'ACS

Le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès des OC s'établit à 535 000 à fin novembre 2010, soit + 6,2% par rapport à novembre 2009. Le taux d'utilisation des attestations est proche des 85%. Parmi ces bénéficiaires, 71% ont choisi une mutuelle, 26% une société d'assurance et 3% une institution de prévoyance.

La population des bénéficiaires d'attestations ACS est essentiellement composée de 16-59 ans (53,5% du total) en 2010. La structure par âge des bénéficiaires s'est toutefois modifiée en faveur des personnes de plus de 60 ans qui représentent 20% des bénéficiaires en 2010 contre 16% en 2006, en lien vraisemblablement avec l'augmentation du montant de l'aide et les actions de communication auprès des titulaires du minimum vieillesse.

Une amélioration de l'accès aux soins pour des patients en précarité sanitaire

Un état de santé dégradé de ces populations

A structure comparable d'âge et de sexe, les bénéficiaires de la CMUc sont 8% à déclarer un mauvais état de santé contre 2% pour les personnes couvertes par une complémentaire privée⁸⁵. Les affiliés à la CMUc sont 1,8 fois plus nombreux à être en affection de longue durée (ALD) que les assurés du régime général⁸⁶.

Un accès aux soins favorisé

La CMUc permet de diminuer le renoncement aux soins pour raisons financières. En effet, à tranche d'âge égale, le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUc (optique et dentaire essentiellement) est proche de celui des personnes couvertes par une complémentaire privée (respectivement 22% et 15% en 2008), et les bénéficiaires de la CMUc renoncent bien moins aux soins que les personnes dépourvues de complémentaire (35% en 2008)⁸⁷. Cela atteste de l'efficacité du dispositif en termes d'accès aux soins.

En 2010, le prix moyen des contrats ACS s'établit à 782 € par an (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personne, soit 483€ par personne). L'ACS couvre en moyenne 60% du prix des contrats et ramène le taux d'effort moyen des ménages à 3,6% de leur revenu annuel. Cependant, le non recours à cette aide demeure élevé, du fait d'une méconnaissance du dispositif, de l'incertitude sur l'éligibilité à cette aide et de la difficulté des démarches. Enfin, les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS offrent des garanties inférieures à celles des contrats individuels souscrits par le reste de la population, selon le fonds CMU.

⁸³ Source : Références CMU, avril 2011. Données provisoires.

⁸⁴ Source : Drees, Etudes et Résultats, n° 675, janv. 2009.

⁸⁵ Source : Drees, *op. cit.*

⁸⁶ Cnamts, « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », août 2007.

⁸⁷ Source : Enquête SPS –IRDES 2008.

Tableau 1. Compte économique simplifié du Fonds CMU

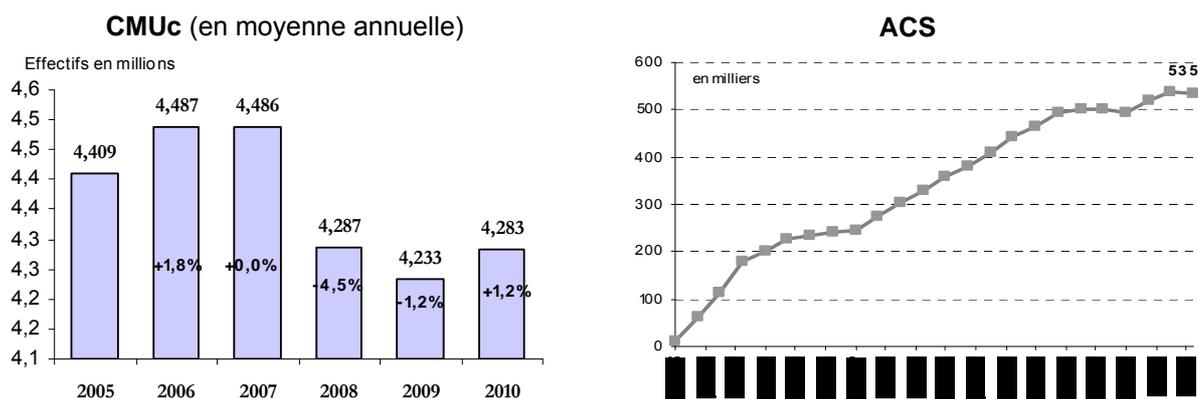
En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Produits											
Dotation de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	0	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0	0
Taxe tabac							217	411	372	0	0
Contribution ACS						13	40	65	87	0	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1791	1856
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79	93
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530	1 418	1 524	1 595	1 452	1870	1949
Charges											
Paiement aux régimes de base (1)	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1444
Organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80	323	464
Annulation produits antérieurs					2						
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79	98	12
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 475	1 455	1 374	1 555	1 559	1 423	1 851	1921
Résultat de l'année	34	-165	177	117	75	44	-31	36	29	19	28
Résultat cumulé	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101	129

(1) Ce montant inclut, à partir de 2009, le versement à la CNAMTS sur l'exercice n, du résultat cumulé au 31/12/n-1

Source : Fonds CMU.

Graphique 1. Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS



Source: Fonds CMU

Graphique 2. Répartition par âge des bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de la population totale française

	Population totale	Bénéficiaires CMUc		Bénéficiaires ACS*
Moins de 19 ans	24,9%	44,3%	Moins de 16 ans	26,7%
20 – 39 ans	26,0%	29,0%	16-49 ans	40,2%
40 – 59 ans	27,4%	22,0%	50-59 ans	13,4%
60 ans et plus	21,7%	4,6%	60 ans et plus	19,7%

*Il s'agit des bénéficiaires d'attestations du régime général

Sources: Insee - Population française 2008 (dernier chiffre définitif disponible) et Fonds CMU - Effectifs CMUc au 31/12/2010 et bénéficiaires d'attestations ACS du régime général en 2010

10.5. HONORAIRES ET REVENUS DES MÉDECINS AU TITRE D'UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE

Les honoraires des professionnels de santé libéraux constituent une composante majeure des dépenses d'assurance maladie. Un peu plus de la moitié des dépenses de soins de ville de l'ONDAM sont des dépenses directes de rémunération.

La présente description de l'évolution récente des composantes des revenus libéraux des médecins s'accompagne d'éléments plus détaillés sur les honoraires et revenus d'activité libérale des omnipraticiens⁸⁸ qui représentent à eux seuls plus de 50% des médecins libéraux et sur les spécialistes aux revenus les plus élevés, à savoir les radiologues et les médecins biologistes.

Des honoraires en constante augmentation

Les honoraires moyens de l'ensemble des médecins libéraux augmentent en moyenne de 2,7% par an entre 2003 et 2009 – cf. tableau 1. Les omnipraticiens libéraux voient leurs honoraires augmenter de 2,4 % en moyenne sur la période, soit un niveau proche de celui des spécialistes (+2,9%). En dépit des baisses tarifaires qui les ont concernés depuis 2006, les honoraires annuels moyens des radiologues sont en augmentation de 1,5% et le montant moyen des honoraires par laboratoire d'analyse et de biologie médicale progresse de 4,6% par an depuis 2003. L'évolution des honoraires moyens des différentes spécialités résulte, dans des proportions parfois assez diverses, de l'évolution de l'activité mais aussi de celle des tarifs conventionnés⁸⁹ et de l'importance des éventuels dépassements d'honoraires.

Des revenus tirés à la hausse par les revalorisations tarifaires et s'agissant des médecins spécialistes, par les dépassements d'honoraires

Entre 2002 et 2007, les revenus des médecins libéraux, qui se déduisent des honoraires totaux par application d'un taux de charge, ont augmenté en moyenne de 3,3% ; ils sont davantage tirés par des effets prix que par l'activité individuelle qui tend à stagner voire à décliner, dans le cas des médecins omnipraticiens (cf. graphique 1).

L'évolution des revenus des médecins est d'autant plus remarquable que le contexte a été marqué par une progression soutenue des charges (qui atteignent des niveaux assez variables d'une profession à l'autre : de 34,1% pour les anesthésistes à 55,9% pour les radiologues et 43,3% pour les omnipraticiens), surtout jusqu'en 2006.

Les principaux facteurs de croissance des revenus depuis 2003 ne sont pas les mêmes selon que l'on considère les médecins omnipraticiens ou les spécialistes. L'activité des omnipraticiens, dont la part autorisée à pratiquer des dépassements d'honoraires décroît chaque année (la part des conventionnés en secteur 2 a continûment décliné de 13,2% en 2003 à 11% en 2009), est portée par les revalorisations tarifaires. Les dépassements représentent désormais une part relativement faible (5%) du revenu des omnipraticiens.

S'agissant des spécialistes, si les tarifs contribuent également à la croissance de leur revenu, l'évolution des dépassements d'honoraires est encore plus rapide. Ce phénomène est notamment à relier au fait que la part des spécialistes en secteur 2 augmente chaque année, passant de 37,5% en 2003 à 40,2% en 2009. Il faut toutefois noter que la part des dépassements tarifaires dans les honoraires varie très fortement d'une spécialité à l'autre (de 4,4% pour les pneumologues à 76,3% pour les stomatologues en 2009, cf. tableau 2).

⁸⁸ Les omnipraticiens regroupent tous les médecins généralistes y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture, l'homéopathie, la médecine du sport ou l'angiologie.

⁸⁹ L'effet prix est plus délicat à cerner ces dernières années avec le développement de rémunérations forfaitaires (permanence des soins, rémunération médecin traitant, forfait ALD) qui ne se traduisent pas toujours pas une activité supplémentaire ou ne sont pas toujours directement liées à l'acte et avec la montée en charge de la classification commune des actes médicaux pour les actes techniques.

Encadré 1. Les données sur les honoraires et revenus des médecins

Les honoraires de 2002 à 2009 présentés ici sont issus du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM). Les revenus des omnipraticiens et des radiologues sont déterminés par la DREES à partir de ces honoraires et des données fiscales sur les bénéficiaires non commerciaux (BNC) (DGFIP-INSEE) déclarés de 2002 à 2007. Il s'agit des revenus nets de charges sociales (cotisations sociales, CSG et CRDS déduites) et de charges liées à l'exercice libéral (frais de personnel, transport, locations de matériel, achat de fournitures, loyer...), avant impôts. Les revenus des médecins biologistes sont repris de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). Ce sont les revenus nets de charges sociales et des intérêts d'emprunt pour l'acquisition du laboratoire, retracés par les Bénéficiaires non Commerciaux Nets déclarés à la CARMF des médecins biologistes conventionnés de 2005 à 2008, puis par l'assiette moyenne de cotisation en 2009.

Ainsi, les dividendes perçus ou les salaires de gérant que les titulaires peuvent percevoir et qui pourraient majorer leur revenu selon le statut juridique, notamment dans le cadre d'un exercice en société d'exercice libéral (SEL) ne sont pas ici retracés. D'une part, on observe une baisse du taux de couverture du champ SNIIRAM par les BNC entre 2002 et 2007. Ceci est particulièrement vrai pour les professions pour lesquelles l'exercice en groupe est majoritaire et les investissements importants, comme les radiologues et les biologistes. D'autre part, les médecins qui déclarent des BNC à la CARMF sont relativement peu nombreux : 194 sur un effectif total d'environ 740 médecins adhérents à la CARMF au 01/07/2008, soit environ 26%. Ceci rejoint le fait que 66% des laboratoires sont exploités en SEL au 1^{er} janvier 2010, d'après les statistiques de l'Ordre des pharmaciens, et relèvent donc d'un autre régime d'imposition que les BNC.

Les honoraires de 2002 à 2009 publiés par la CNAMTS sont des données définitives, ainsi que les revenus calculés par la DREES à partir de ces données et des données fiscales de 2002 à 2007. En revanche, les revenus 2008 et 2009 sont des estimations : les revenus 2008 sont une estimation provisoire DREES en appliquant le taux de charge 2007 et ceux de 2009 sont une extrapolation DSS à partir de l'évolution des honoraires par profession en 2008, en supposant les taux de charge constants.

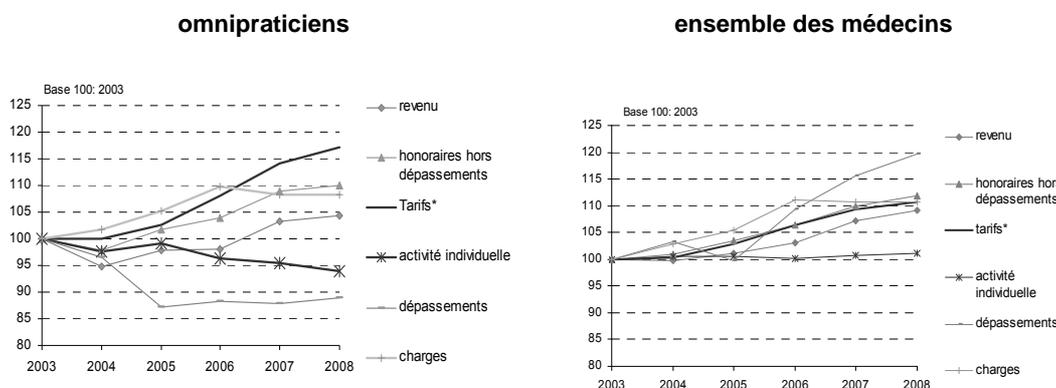
Tableau 1. Taux de croissance des honoraires libéraux moyens en € courants

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Moyenne 2003/2009
omnipraticien	6,8%	-2,3%	3,4%	2,0%	4,6%	1,0%	1,2%	2,4%
radiologue	2,9%	2,1%	-0,2%	2,7%	2,7%	-0,3%	0,4%	1,5%
laboratoire d'analyse	9,1%	7,5%	4,7%	3,7%	4,1%	2,4%	1,1%	4,6%
ensemble des spécialistes*	4,6%	3,6%	0,8%	4,7%	3,0%	2,5%	1,1%	2,9%
ensemble des médecins	6,7%	1,0%	2,5%	3,0%	3,4%	2,0%	0,6%	2,7%

* Toutes spécialités, y compris celles non suivies par la Drees. *Champ* : Ensemble des médecins ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires au cours de l'année (afin que le champ soit compatible avec les données fiscales qui servent à estimer le revenu) –France métropolitaine.

Source : SNIR – Cnamts

Graphique 1. Evolution des composantes du revenu d'activité libérale (en %)



* Indice de prix calculé par la CNAMTS. *Champ* : Ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

Sources : Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES

Tableau 2. Taux de dépassement moyen en 2009

Omnipraticien	5,0%	Pédiatre	19,4%
Anesthésiste	18,7%	Pneumologue	4,4%
Cardiologue	5,0%	Psychiatre **	18,7%
Chirurgien *	44,6%	Radiologue	4,6%
Dermatologue	27,1%	Rhumatologue	19,5%
Gastro-entérologue	12,8%	Stomatologue	76,3%
Gynécologue	39,6%	Ens. des spécialistes***	19,5%
Ophthalmologue	33,7%	Ens. des médecins	13,4%
ORL	25,4%		

* y compris chirurgiens orthopédistes ; ** y compris neuro-psychiatres ; *** Toutes spécialités, y compris celles non suivies par la DREES.
Source: Cnamts –SNIR

Le revenu des omnipraticiens devrait poursuivre sa progression en 2011

Si le revenu d'activité réel (c'est-à-dire une fois corrigé de l'inflation) des omnipraticiens libéraux a augmenté entre 2002 et 2007 (dernière donnée définitive) en moyenne annuelle de 1,1%, cette évolution a été heurtée certaines années – cf tableau 3. A titre de comparaison, le revenu moyen des cadres travaillant à temps complet dans le secteur privé et semi-public n'a augmenté que de 0,5% par an en termes réels au cours de cette période. La forte croissance réelle du revenu des omnipraticiens (+3,8%) observée en 2007 est liée à l'augmentation du tarif de la consultation au 1^{er} janvier.

Les revenus libéraux des omnipraticiens n'ont que relativement peu diminué en termes réels en 2008, en dépit de la forte inflation observée. Selon les estimations de la direction de la sécurité sociale, leur croissance se serait poursuivie en 2009 (+1,1%) sous l'effet des deux épisodes de grippe (saisonniers et de type H1N1) et de la mise en œuvre des CAPI⁹⁰ qui procurent aux médecins signataires une rémunération supplémentaire de 3 100 € en moyenne par an. Enfin, la revalorisation de la consultation au 1^{er} janvier 2011 devrait prolonger cette hausse pour l'année en cours.

Le revenu d'activité des omnipraticiens libéraux demeure supérieur à celui des spécialistes qui exercent des professions cliniques (pédiatres, dermatologues, psychiatres) et près de deux fois supérieur à celui des cadres salariés – cf. tableau 4. De plus, les écarts se sont creusés sur la période 2002-2007, le revenu moyen des cadres n'ayant augmenté que de 0,5% par an en termes réels contre 1,1% pour les omnipraticiens – cf. graphique 2.

Radiologues et biologistes perçoivent toujours les revenus les plus élevés

Les revenus des radiologues sont soutenus par leur activité avec notamment les actes de dépistage du cancer du sein depuis 2002. Malgré les baisses des tarifs des forfaits techniques (IRM, scanner..) qui les ont concernés de 2005 à 2007 et la nouvelle règle de facturation des associations d'actes (abattement de 50% de l'acte de tarif le plus bas) mise en place en 2009, les honoraires des actes d'imagerie médicale sont encore soutenus par le supplément pour archivage des images numériques mis en place en 2007⁹¹ et par l'augmentation des actes d'imagerie médicale de scanographie (+6,9%), d'IRM (+11,6%) et de tomographie à émission de positrons (TEP) (+19%) depuis 2009 en lien avec l'installation de nouveaux équipements.

Les revenus moyens des biologistes sont plutôt en diminution depuis 2008, mais ils ont longtemps enregistré les plus fortes progressions (67,9% entre 1999 et 2004 selon l'IGAS⁹²). L'évolution modérée des revenus s'explique par les différentes vagues de baisses de tarifs appliquées en juillet 2006, novembre 2007 et février 2009, alors que la croissance des volumes reste soutenue. Des ajustements ont conduit à baisser le tarif des analyses courantes, car les tarifs des actes de biologie étaient particulièrement élevés alors même que la profession a fait d'importants gains d'efficacité, et des actions de maîtrise médicalisée ont été menées afin de supprimer les prescriptions inappropriées (cas de l'exploration thyroïdienne et de l'exploration lipidique).

Les radiologues et biologistes se situent au même niveau de rémunération que la population réduite des très hauts salaires, définie comme les 1% de salariés à temps complet les mieux rémunérés. Ces salariés (principalement des dirigeants d'entreprise, des professionnels de la finance et des commerciaux dans le secteur privé et les plus hauts fonctionnaires dans le secteur public) perçoivent un salaire annuel brut (y compris cotisations sociales salariales) supérieur à 124 573€ en 2007. L'INSEE relève également que les médecins représentent 27% des 159 000 non salariés ayant un revenu d'activité 2007 supérieur au 99^{ème} centile de la distribution des salaires nets des salariés à temps complet du secteur privé.

⁹⁰ CNAMTS (2010), « Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients - premiers résultats après une année d'existence », sept.

⁹¹ CNAMTS (2010), « Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2009 ».

⁹² IGAS (2006), « La biologie médicale libérale en France : bilan et perspectives ».

Tableau 3. Evolution du revenu moyen d'activité libérale des médecins

en milliers d'euros courants	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002/2007 (%)	2008	2009	2002/2009 (%)
Omnipraticiens	61,3	66,7	63,4	65,4	67,4	71,0	3,0%	71,7 (p)	72,6 (e)	2,4%
Evolution en %	12,8%	8,9%	-5,0%	3,2%	3,1%	5,3%	3,0%	1,0%	1,2%	
Evolution réelle (%)	10,7%	6,7%	-7,0%	1,2%	1,4%	3,8%	1,1%	-1,7%	1,1%	0,7%
Radiologues	197,1	203,8	208,8	203,9	213,3	216,9	1,9%	216,2 (p)	217,0 (e)	1,4%
Evolution en %		3,4%	2,5%	-2,3%	4,6%	1,7%		-0,3%	0,4%	
Evolution réelle (%)	7,1%	1,3%	0,3%	-4,2%	2,9%	0,2%	0,1%	-3,0%	0,3%	-0,3%
Biologistes	138,9	145,4	163,1	158,5	160,3	160,7	3,0%	152,8	150,3 *	
Evolution en %	11,5%	4,7%	12,1%	-2,8%	1,2%	0,3%		-4,9%		
Evolution réelle (%)	9,4%	2,6%	9,8%	-4,6%	-0,4%	-1,2%	1,8%	-7,5%		
Ensemble des médecins	77,3	82,7	82,6	83,6	87,4	90,8	3,3%	92,5 (p)	93,6 (e)	2,8%
Evolution réelle (%)		4,8%	-2,2%	-0,6%	2,9%	2,4%	1,4%	-0,9%	1,1%	1,0%
Taux d'inflation (%)**	1,9%	2,1%	2,1%	1,9%	1,6%	1,5%	1,8%	2,8%	0,1%	

(p) Résultat provisoire DREES (charges au niveau de 2007) qui sera révisé à partir des données fiscales 2008 et de la version définitive du SNIR 2008.

(e) estimation DSS à partir de l'évolution des honoraires moyens SNIR 2009 en maintenant les charges à leur niveau de 2007.

* Rupture de série: revenu moyen non plafonné, servant d'assiette de cotisations pour la retraite, qui provient à 78% de revenus non commerciaux professionnels (et/ou de rémunérations de gérant), à 20% de dividendes, et à 2% d'autres revenus. Par dividende, on entend : "part des revenus distribués (dividendes et intérêts des comptes courants d'associés...) supérieur au seuil de 10% du montant du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associés".

**Evolution de l'indice des prix à la consommation Insee

Sources: DREES et CARMF.

Tableau 4. Revenus moyens des médecins en 2007 (en € courants)

Spécialités	Effectif	Revenu Moyen (en milliers d'€)
Omnipraticien	61 294	70,9
Anesthésiste	3 351	173,2
Cardiologue	4 260	113,9
Chirurgien *	5 194	124,3
Dermatologue	3 273	62,5
Gastro-entérologue	2 096	101,4
Gynécologue	5 500	83,9
Ophtalmologue	4 679	129,5
ORL	2 288	87,8
Pédiatre	2 703	69,9
Pneumologue	1 148	81,2
Psychiatre **	6 445	61,1
Radiologue	5 886	216,9
Rhumatologue	1 850	77,1
Stomatologue	1 064	109,3
Ensemble des médecins	111 031	90,8
Ensemble des spécialistes***	49 737	112,8

Spécialités	Effectif	Revenu Moyen (en milliers d'€)
Dir. Labo. -Pharmacien	3 464	132,2
Médecin biologiste	-	160,7
Chirurgien-dentiste	36 542	83,1
Infirmier	55 646	41,4
Masseur-kinésithérapeute	46 548	38,3
Cadres du secteur privé	-	46,9

* y compris chirurgiens orthopédistes

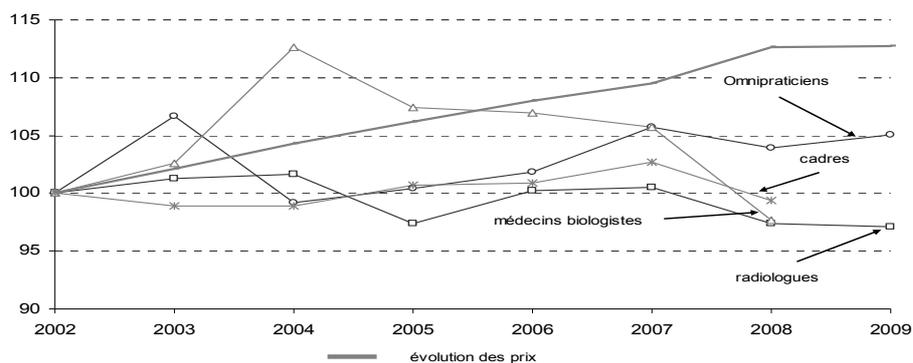
** y compris neuro-psychiatres

***Ensemble des 14 spécialités suivies par la Drees (Anesthésiste, cardiologue, chirurgien, dermatologue, gastro-entérologue, gynécologue, ophtalmologue, ORL, pédiatre, pneumologue, psychiatre, radiologue, rhumatologue, stomatologue)

Champ : France métropolitaine, ensemble des médecins suivis par la DREES ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Sources : fichiers SNIIRAM (CNAMTS) et déclarations BNC 2035 (DGFIP/INSEE), exploitation DREES; CARMF, CAVP et DADS.

Graphique 2. Evolution du revenu libéral des médecins en € constants (base 100 : 2002)



Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire ; cadres à temps complet dans le secteur privé et semi-public.

Note : Les taux d'évolution des revenus de 2008 et 2009 sont estimés par la DREES en appliquant le taux de charge 2007 pour les revenus de 2008 et extrapolés en 2009 par la DSS à partir de l'évolution constatée des honoraires, en supposant les taux de charge constants. Les revenus des radiologues et des biologistes sont vraisemblablement des minorants car l'exercice en groupe y est particulièrement développé et contribue à ce qu'une partie potentiellement croissante des revenus (dividendes) échappe à l'appréciation.

Sources : Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGFIP-INSEE), exploitation Drees, CARMF et Insee, DADS 2008.

**11. ECLAIRAGES AT, HANDICAP,
DEPENDANCE**

11.1. L'ÉVOLUTION RÉCENTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (absorption quotidienne de poussières ou de vapeurs toxiques ou exposition répétée au bruit, vibrations, *etc.*). La cause professionnelle d'une maladie est rarement aisée à établir car il peut être difficile de retrouver, parmi les multiples produits manipulés, ceux qui seraient responsables des troubles constatés. De plus, certaines maladies professionnelles peuvent se manifester de nombreuses années après le début de l'exposition au risque. Par conséquent, la législation de la sécurité sociale a établi un certain nombre de conditions médicales, techniques et administratives qui doivent être remplies pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme professionnelle et indemnisée comme telle par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP).

Les dépenses totales d'indemnisation des maladies professionnelles ont progressé de 41 % entre 2004 et 2009,

Davantage de maladies professionnelles indemnisées, grâce à une diversité des voies de reconnaissance

Sur la période 2004-2009, la progression du nombre de maladies professionnelles reconnues au régime général, tous modes de reconnaissance confondus, a été de 50%. Ainsi, le nombre de maladies professionnelles reconnues est passé de 48 100 en 2004 à 72 100 en 2009 (*cf.* graphique 3). L'évolution du nombre de maladies professionnelles ayant engendré un arrêt de travail est également en augmentation constante (+34% sur la même période) et atteint 49 300 maladies en 2009.

La croissance observée ces dernières années peut s'expliquer par différents facteurs, dont la progression des reconnaissances par le système dit complémentaire (alinéas 3 et 4 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale, *cf.* encadré). Le nombre de reconnaissances par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) a en effet augmenté, pour l'ensemble des régimes, de 63% entre 2004 et 2009. Parmi ces reconnaissances, on en dénombre 5 463 au titre des pathologies des tableaux (alinéa 3), dont 5 180 au régime général (soit 7%). Les reconnaissances au titre des pathologies hors tableaux (alinéa 4) sont au nombre de 227 en 2009 (environ 180 au régime général).

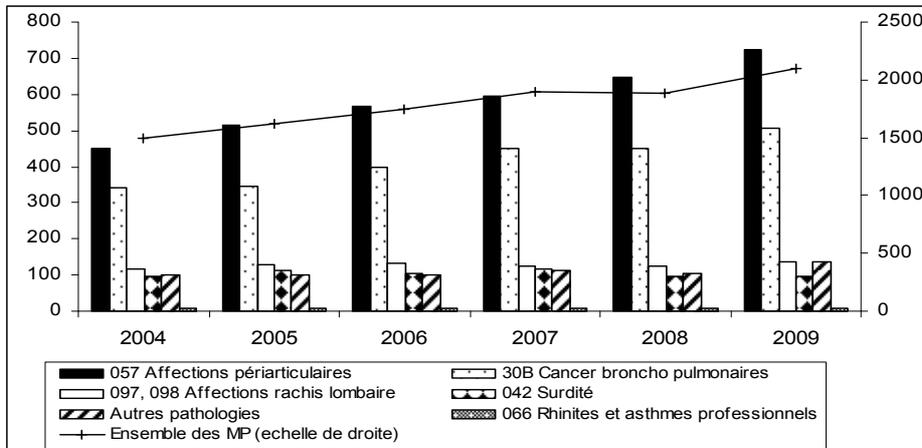
Une augmentation des dépenses totales d'indemnisation qui provient du dynamisme de celles des cancers liés à l'amiante et des TMS

Les dépenses d'indemnisation⁹³ des maladies professionnelles à la charge de la branche AT/MP sont passées de 1,5 Md€ en 2004 à plus de 2,1 Md€ en 2009 (+41%) (*cf.* graphique 1). Lorsqu'on neutralise les revalorisations annuelles légales⁹⁴, l'évolution est de +27%. Cette hausse du total des dépenses provient d'une progression dynamique des dépenses pour les cancers broncho-pulmonaires dus à l'amiante (+49% entre 2004 et 2009) et de celles des troubles musculo-squelettiques (« affections périarticulaires », +61% entre 2004 et 2009). Pour les autres maladies (rhinites, surdité...), les dépenses sont globalement stables entre 2004 et 2009.

⁹³ Il s'agit du coût total qui englobe les prestations en espèces, les indemnités en capital et les soins.

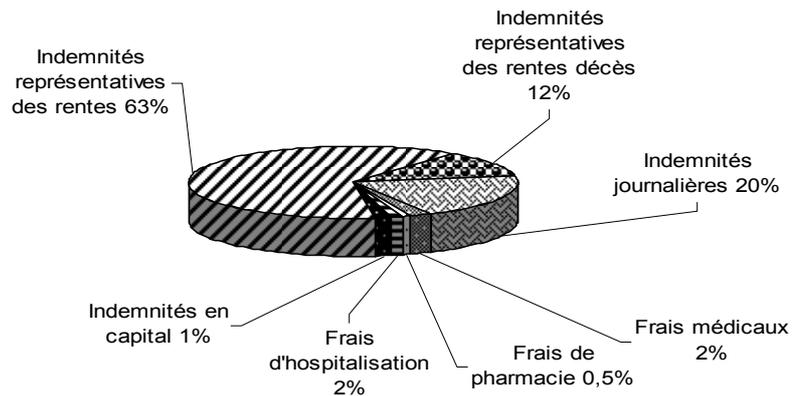
⁹⁴ Les rentes AT/MP sont en effet revalorisées chaque année comme les pensions de retraites en fonction de l'inflation.

Graphique 1 : Evolutions des dépenses d'indemnisation (en M€) des maladies professionnelles par pathologie*.



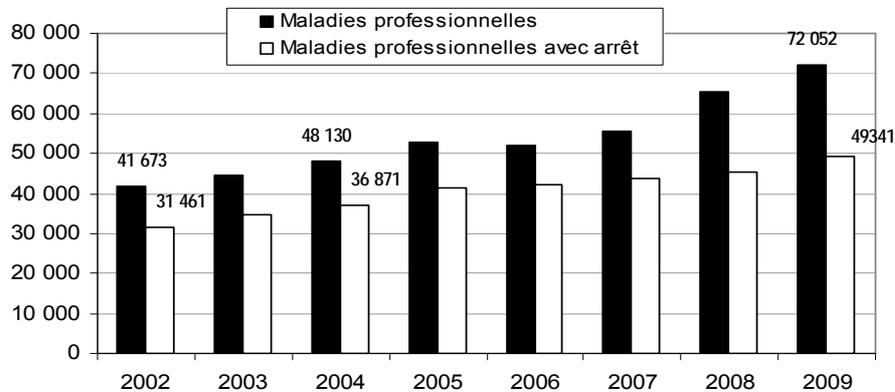
* : maladies reconnues par les tableaux du régime général hors système complémentaire alinéa 3 et 4.
 Source : CNAM, Rapport de gestion de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels (2009).

Graphique 2 : Répartition des dépenses 2009 par nature de coûts



Source : CNAM.

Graphique 3 : Evolution du nombre de maladies professionnelles et de maladies avec arrêt reconnues au régime général, de 2002 à 2009



Source : CNAM.

En effectifs, sur un total de plus de 49 300 maladies professionnelles avec arrêt en 2009, 87% sont des pathologies liées à l'amiante et aux TMS (cf. graphique 5).

Par ailleurs, selon une étude de la CNAM, le coût moyen des maladies professionnelles serait orienté à la hausse. Parallèlement, on observe une progression dynamique de la fréquence des maladies donnant lieu à une incapacité permanente (IP). Au sein des maladies avec IP, l'indice de gravité diminue : mesuré par le taux moyen d'incapacité partielle permanente, il est passé de 16,2% en 2004 à 15,4% en 2009⁹⁵. Ces évolutions traduisent la part croissante des maladies les moins graves au sein des maladies avec IP, telles que les TMS qui représentaient 34% des dépenses en 2009, contre seulement 30% en 2004

Des pratiques différentes de reconnaissance des maladies professionnelles dans les pays de l'Union européenne

Dans un de ses rapports, Eurogip⁹⁶ fait le point sur les demandes de reconnaissance et les cas reconnus de maladies professionnelles en 2006, ainsi que sur les maladies les plus fréquentes dans 13 pays européens. L'étude montre un écart très important entre pays en matière de taux de reconnaissance de maladies professionnelles. La France se situe au premier rang des cinq pays examinés, avec 282 maladies professionnelles reconnues pour 100 000 assurés couverts (cf. graphique 6). Le deuxième pays pour le nombre de reconnaissances, l'Espagne, présente un taux de reconnaissance des maladies professionnelles deux fois inférieur à la France. Enfin, l'Allemagne, l'Italie et la Suède présentent des taux très faibles au regard des deux premiers pays.

Les écarts importants observés en termes de demande de reconnaissance et de nombre de cas reconnus entre pays peuvent s'expliquer par des différences de systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles dans les pays européens. Ainsi, la non homogénéité des critères d'instruction et des critères légaux appliqués par les organismes d'assurance dans chaque pays expliquerait en partie les écarts observés. Hormis les listes des cancers professionnels, les listes nationales des maladies professionnelles ne sont pas identiques entre pays. D'après Eurogip, la force de présomption d'origine professionnelle attachée à chaque liste serait également un facteur explicatif des écarts constatés². Enfin, le niveau du système d'indemnisation spécifique à chaque pays pourrait aussi expliquer les écarts³. Dans tous les pays étudiés, les maladies professionnelles les plus fréquemment reconnues sont les troubles musculo-squelettiques, les surdités, les maladies causées par l'amiante et les affections cutanées. La France et l'Espagne présentent une surreprésentation des troubles musculo-squelettiques, qui peut s'expliquer, dans le premier pays, par la présomption d'origine professionnelle de ces affections, qui en facilite la reconnaissance.

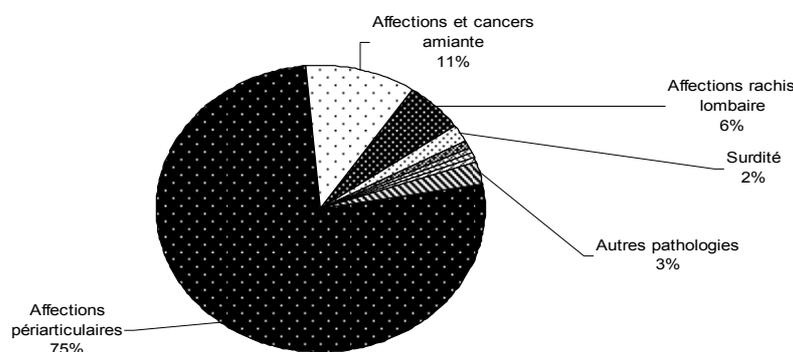
⁹⁵ Source : PQE annexé à la LFSS 2011.

⁹⁶ Eurogip est un organisme œuvrant pour la santé et la sécurité au travail. Créé en 1991, il a pour mission de coordonner au plan européen les actions de l'assurance « accidents du travail-maladies professionnelles » (AT/MP) française et développer la connaissance des risques professionnels en Europe. Il s'agit ici du rapport intitulé « les maladies professionnelles en Europe, statistiques 1990-2006 et actualité juridique » janvier 2009.

² D'après Eurogip, la France serait le pays qui offre la présomption d'origine professionnelle la plus forte contrairement à certains pays comme la Suède, où la victime doit apporter la preuve en fournissant des éléments permettant de justifier que sa pathologie est liée au travail et non pas à des facteurs extraprofessionnels (pas d'existence de listes de maladies professionnelles).

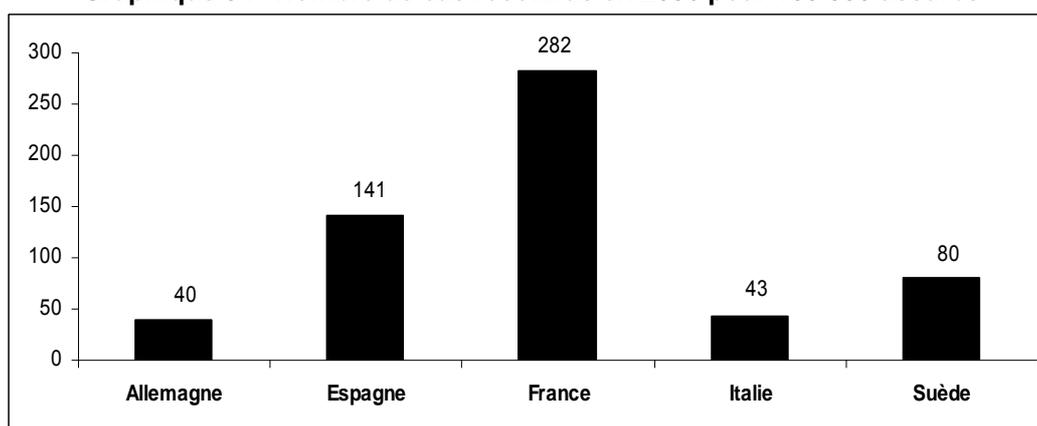
³ Pour illustration, le rapport d'Eurogip mentionne le fait que la France est le seul pays européen à indemniser les plaques pleurales sans exiger une diminution des capacités pulmonaires.

Graphique 4: Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par pathologie en 2009



Source : CNAMTS.

Graphique 5 : Nombre de cas reconnus en 2006 pour 100 000 assurés



Source : données Eurogip.

R glementation applicable en matière de reconnaissance des maladies professionnelles

Conformément au système prévu par la loi, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Ces tableaux sont cr s et modifiés par décret au fur et à mesure des progrès des connaissances médicales. Il existe actuellement 114 tableaux pour le régime général et 57 au régime agricole. Chaque tableau comporte d'une part les affections considérées comme professionnelles et d'autre part, les travaux susceptibles de les provoquer.

Un système de reconnaissance complémentaire permet par ailleurs aux assurés dont les maladies ne remplissent pas tous les critères pour être reconnus dans le cadre d'un tableau (alinéa 3 de l'article L 461-1 du code de la Sécurité sociale) ou si leurs pathologies sont nouvelles ou relèvent de nouveaux agents causaux (alinéa 4 du même article), d'avoir recours à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

12.

LES PRESTATIONS VIEILLESSE

12.1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Au 1^{er} juillet 2010, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élève à 12,9 millions pour environ 17,9 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,38 cotisant pour un retraité (cf. graphique 1). Ce ratio, supérieur à 4 au début des années 1960, s'élevait encore à 1,6 en 2000. Depuis, il s'est fortement dégradé, le stock de retraités progressant plus rapidement que le nombre de cotisants (+2,8% par an contre +1,3% en moyenne entre 2001 et 2010).

L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » et l'allongement de l'espérance de vie ont pour conséquence de détériorer le ratio cotisants/retraités et également d'augmenter la durée de versement des pensions.

Un nombre de départs en retraite en hausse en 2010 en raison du report de départs en retraite anticipée initialement prévus en 2009...

Le nombre de départs à la retraite au régime général a légèrement rebondi en 2010, s'élevant à 718 000 prestataires contre 684 000 en 2009, soit une progression de 5% (cf. graphique 2). Cette évolution a été principalement portée par le report de départs anticipés pour carrière longue initialement prévus en 2009 et rendus plus difficiles avec le durcissement des conditions d'éligibilité au dispositif⁹⁷. En effet, une partie des assurés qui ne remplissaient pas les conditions pour un départ en retraite anticipée en 2009 ont reporté leur départ en 2010. Le flux de départs anticipés s'est par conséquent élevé à 45 000 environ en 2010 contre 25 000 en 2009.

... mais qui devraient ralentir dès 2011 avec l'entrée en vigueur de la réforme des retraites

En 2011, le flux de départs à la retraite au régime général diminuerait de 10,5% pour s'établir à environ à 642 000 (dont 39 000 départs anticipés). Cette évolution s'explique par la combinaison de deux facteurs.

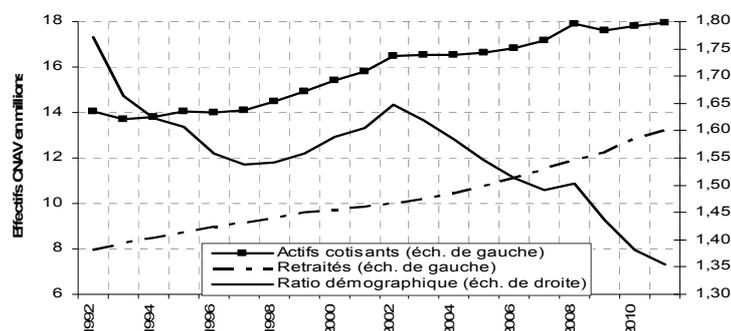
D'une part, l'entrée en vigueur de la réforme des retraites de 2010 implique le relèvement de l'âge légal de départ de 4 mois pour les assurés de la génération 1951 nés après le 1^{er} juillet. Cette mesure induirait une réduction de 100 000 départs en retraite par rapport à une situation hors réforme, soit autant d'assurés qui auraient pu partir en retraite fin 2011 et qui sont contraints de reporter leur départ début 2012. Tout au long de la période du décalage progressif de l'âge de départ de 60 à 62 ans, le flux de départs en retraite devrait être très perturbé, en comparaison des faibles fluctuations qui auraient été observées en l'absence de réforme (cf. graphique 2 et encadré), avec des points hauts en 2014 et 2018.

D'autre part, et dans une moindre mesure, la baisse du nombre de départs anticipés se poursuivrait, et ce malgré l'élargissement du périmètre du dispositif mis en œuvre par la réforme⁹⁸. Le flux de départs en retraite anticipée baisserait ainsi de 11% en 2011 par rapport à 2010, passant de 45 000 à 40 000 départs environ. Au-delà de 2011, la proportion des départs anticipés dans le total des départs en retraite augmenterait sous l'effet des modifications apportées par la réforme de 2010. Les flux de départs avant 60 ans devraient rester significatifs entre 2011 et 2020 (60 000 départs en moyenne), soit 8% du flux total de départs en moyenne. Dans le cadre de la législation avant réforme, on aurait assisté à une extinction progressive du dispositif de retraite anticipée à partir de 2010 (cf. graphique 3).

⁹⁷ La durée d'assurance a été augmentée d'un à quatre trimestres pour les générations 1949 à 1952 à partir du 1^{er} janvier 2009 et les conditions de régularisation des cotisations arriérées ont été resserrées. De plus, l'obligation scolaire portée à 16 ans à partir de la génération 1953, rend plus contraignante la condition de début d'activité.

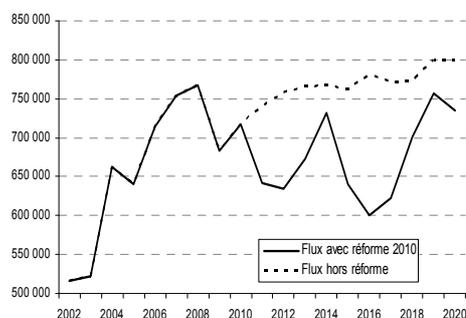
⁹⁸ L'élargissement du périmètre de la retraite anticipée provient de deux facteurs : d'une part, la translation des bornes d'âge de 56-59 ans à 58-61 ans laisse aux assurés plus de temps pour remplir les conditions de durée, et d'autre part, l'assouplissement des conditions à partir de 60 ans, permet un départ aux assurés ayant débuté leur activité avant 18 ans.

Graphique 1 : Ratio de dépendance démographique de la CNAV



Champ : métropole – effectifs au 1^{er} juillet.
 Source : CNAV pour 1992-2009 ; estimation DSS pour 2010 et 2011.

Graphique 2 :
Flux de départs en retraite au régime général



Source : CNAV

Graphique 3 :
Flux de départs en retraite anticipée



Des flux de départ heurtés, conséquence du relèvement de l'âge par génération

Suite au relèvement de l'âge légal de départ en retraite de 4 mois par génération à partir du 1^{er} juillet 2011, le flux des départs en retraite au régime général connaîtrait des évolutions heurtées d'une année sur l'autre par rapport à une situation hors réforme (cf. graphique 2).

En 2011, les assurés nés avant le 1^{er} juillet 1951 pourront toujours liquider à 60 ans leurs pensions le mois suivant leur mois de naissance. En revanche, les assurés nés après cette date devront reporter leur départ de 4 mois. Par exemple, une personne née en juillet 1951, qui devait partir en retraite en août 2011 avant réforme, ne pourra liquider sa pension qu'à compter de décembre 2011. De la même manière, les assurés devant partir initialement entre septembre et décembre 2011, partiront en retraite entre janvier et mai 2012. Ainsi, partiront en 2011 : les assurés nés en décembre 1950 (soit 1/12^e de la génération 1950) et les assurés nés en 1951 jusqu'à juillet compris (soit 7/12^e de la génération 1951), correspondant donc à un flux total de 8/12^e d'une génération.

Pour les personnes qui auraient pu partir à 60 ans en 2012, seulement 1/4 de la génération 1952 pourra finalement partir en retraite en 2012 du fait du relèvement de l'âge légal de 8 mois pour cette génération. En effet, seuls les assurés nés entre janvier et mars 1952 partiront en 2012 (entre octobre et décembre), les autres partiront entre janvier et septembre 2013. Au total, partiront donc en 2012 : les assurés nés à partir d'août 1951 (soit 5/12^e de la génération 1951) et les assurés nés au premier trimestre 1952 (soit 1/4 de la génération 1952), correspondant donc également à 8/12^e d'un flux.

De la même manière, on peut calculer que les départs en 2014 et 2018 concerneront 11/12^e d'une génération glissante, d'où les niveaux élevés de départs en retraite observés à ces dates. A partir de 2019, les départs en retraite correspondront à nouveau à des générations entières.

12.2. L'ÉVOLUTION DES PRESTATIONS DE RETRAITE

Les prestations légales servies par la CNAV ont représenté 95 Md€ en 2010 et s'élèveraient à 99,6 Md€ en 2011.

Le ralentissement de la croissance des prestations du régime général s'est poursuivi en 2010 en raison d'une moindre revalorisation des pensions et de la baisse du nombre de départs en retraite anticipée

En 2010, les prestations ont crû de 4,2% contre 4,8% en 2009 et 5,6% en 2008. La croissance des dépenses de droits propres s'est ralentie (+4,3% contre +5,1% en 2009) alors que les droits dérivés ont connu une progression plus dynamique (+3,8% contre +3,2% en 2009 - cf. tableau 1).

La revalorisation des pensions de 0,9% en moyenne annuelle en 2010 a été inférieure à celle de 2009 (+1,3%). Hors revalorisations (cf. encadré), les droits propres ont crû de 3,4% (contre +3,8% en 2009).

Malgré le rebond du nombre de départs anticipés en 2010 (cf. fiche 12-01), les bénéficiaires du dispositif ont continué à décroître en raison de l'arrivée à l'âge de 60 ans des générations nombreuses entrées dans le dispositif entre 2006 et 2008 (plus de 100 000 départs anticipés chaque année). Les effectifs de retraités anticipés ont représenté environ 158 000 personnes en 2010 contre 219 000 en 2009 et le coût du dispositif de retraite anticipée a baissé de 2,1 Md€ à 1,6 Md€ entre ces deux années. Ainsi, la retraite anticipée contribue négativement (-0,7 point) à la croissance des droits propres en 2010.

Le flux de départs à la retraite hors départs anticipés a augmenté légèrement, passant de 659 000 à 673 000 entre 2009 et 2010. La population totale des retraités hors départs anticipés a connu quant à elle une évolution identique à celle de 2009 avec une progression de 3,5%. Ainsi, une forte proportion de la croissance des droits propres s'explique par la hausse de l'effectif des retraités.

Enfin, la pension moyenne des retraités (hors retraite anticipée) a contribué positivement pour 0,7 point en euros constants à la croissance des droits propres, la pension moyenne du flux entrant étant plus élevée que celle du flux sortant. En 2009, elle s'élevait à 6 765 € par an et a atteint 6 801 € en 2010, soit une progression de 0,5%.

Malgré l'entrée en vigueur de la réforme des retraites au 1^{er} juillet 2011, l'évolution des dépenses devraient rester dynamique cette année en raison d'une revalorisation des pensions élevée

Une croissance des prestations qui reste soutenue en 2011...

La croissance des prestations atteindrait 4,9%, soit un rythme plus rapide qu'en 2010 (4,2%). Après avoir connu une croissance dynamique en 2010 en raison de la mise en œuvre de la majoration de pension de réversion pour les retraités dont les pensions globales sont inférieures à 824 € par mois, les droits dérivés progresseraient légèrement moins rapidement en 2011 (3,5% en 2011 contre 3,8% en 2010). Les droits propres connaîtraient quant à eux un rebond par rapport à 2010, avec une évolution de 5,1% principalement imputable à la forte revalorisation des pensions (1,8% en moyenne annuelle). Hors revalorisations, les droits propres évolueraient à un rythme proche de celui de 2010 avec une croissance de 3,3% contre 3,4% en 2010.

Tableau 1 - Masses financières des pensions et évolutions

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
	En M€						
Prestations légales	86 942	91 117	4,8	94 964	4,2	99 606	4,9
Prestations légales « vieillesse »	86 897	91 068	4,8	94 920	4,2	99 558	4,9
Prestations de base	85 420	89 559	4,8	93 389	4,3	97 984	4,9
Droits propres	76 593	80 504	5,1	83 998	4,3	88 257	5,1
Avantages principaux hors majorations	71 702	75 450	5,2	78 751	4,4	82 792	5,1
Pension normale	59 886	63 310	5,7	66 318	4,8	69 928	5,4
Retraite anticipée	2 413	2 114	-12,4	1 572	-25,6	1 142	-27,3
60 ans et plus	57 473	61 196	6,5	64 746	5,8	68 786	6,2
Pension inaptitude	6 567	6 642	1,1	6 699	0,9	6 819	1,8
Pension invalidité	5 249	5 499	4,8	5 733	4,3	6 003	4,7
Autres pensions*	0	0	--	0	--	41	-
Minimum vieillesse	1 843	1 885	2,3	1 970	4,5	2 057	4,4
Majorations	3 048	3 169	4,0	3 277	3,4	3 408	4,0
Pour enfants (maj. 10% art. L.351.12 du CSS)	2 750	2 866	4,2	2 970	3,6	3 091	4,1
Pour conjoint à charge	55	54	-2,2	52	-3,6	49	-4,6
Majorations pour tierce personne	243	249	2,4	255	2,4	266	4,6
Majoration assurés handicapés	0	1	-	1	25,5	1	4,6
Droits dérivés	8 794	9 079	3,2	9 421	3,8	9 756	3,5
Avantages principaux	8 130	8 403	3,4	8 678	3,3	8 977	3,4
Pensions de réversion	8 027	8 317	3,6	8 592	3,3	8 888	3,4
Pensions de veuf ou veuve (hors majorations)	102	87	-15,2	86	-1,0	89	3,4
Minimum vieillesse	223	218	-1,9	216	-1,2	225	4,4
Majorations	442	457	3,5	528	15,4	553	4,9
Pour enfants	435	453	4,1	463	2,3	487	5,1
Majorations de pension de réversion pour retraités (art. L. 353-6 du CSS)	0	0	-	64	-	66	3,2
Majorations L. 815-3 ancien (FSI - RG)**	7	5	-32,9	0	--	0	-
Divers	33	-24	--	-30	22,9	-29	-4,0
Prestations au titre d'un adossement	1 477	1 509	2,2	1 531	1,4	1 574	2,8
Prestations légales « veuvage »	38	39	1,8	44	14,0	48	9,1
Prestations légales « invalidité »**	7	10	34,3	0	--	0	-

Note :

Les majorations de pensions pour enfants ont été reventilées sur le passé entre droits propres et droits dérivés pour corriger un mauvais rattachement comptable.

*Le poste « autres pensions » regroupe les mesures dérogatoires relatives à la pénibilité, aux bénéficiaires du FCAATA.

** A compter de 2010, les prestations invalidité et les majorations prises en charge par le FSI ne sont plus retracées dans les comptes de la CNAV.

Tableau 2 – Décomposition des différents facteurs d'augmentation des droits propres

	En %		
	2009	2010	2011
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	1,3	0,9	1,8
Effet retraite anticipée	-0,4	-0,7	-0,5
Effet stock (nombre de retraités)	3,5	3,5	3,0
Effet pension moyenne	0,8	0,7	0,8
Evolution des droits propres	5,1	4,3	5,1

Tableau 3 – Décomposition des différents facteurs d'augmentation des droits dérivés

	En %		
	2009	2010	2011
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	1,3	0,9	1,8
Majorations de pension de réversion pour retraités	0,0	0,7	0,0
Effet stock (nombre de retraités)	1,6	0,5	0,9
Effet pension moyenne	0,3	1,6	0,8
Evolution des droits dérivés	3,2	3,8	3,5

En 2011, le nombre de départs anticipés diminuerait (39 000 départs contre 45 000 en 2010), et ce malgré les 2 600 départs supplémentaires induits par l'élargissement de la retraite anticipée consécutif à la réforme des retraites de 2010. Parallèlement, le flux de personnes sortant du dispositif de retraite anticipée resterait élevé comme en 2010. Le nombre de bénéficiaires du dispositif continuerait par conséquent à décroître en 2011, avec un effectif de 109 000 retraités contre 158 000 environ en 2010. Le montant des prestations versées au titre de la retraite anticipée continuerait donc de baisser en 2011, passant de 1,6 Md€ en 2010 à 1,1 Md€ en 2011, soit une contraction de plus de 27%. Dans cette dépense, le coût de l'élargissement de la retraite anticipée serait négligeable en 2011 : il est estimé à 2 M€. La contribution de la retraite anticipée à l'évolution des droits propres resterait donc négative (-0,5 point).

Le niveau de la pension moyenne des retraités en 2011, en hausse de 0,5% par rapport à 2010, contribuerait pour 0,8 point à l'augmentation des droits propres. La montée en charge de la réforme devrait contribuer à augmenter dans les années à venir le niveau de la pension moyenne à mesure que les seniors en emploi prolongeront leur activité. Cet effet ne serait toutefois pas sensible sur les dépenses en 2011, compte tenu de la faible proportion de personnes nées au second semestre de l'année 1951 qui partiront en retraite en 2011 (cf. fiche 13-03).

... Mais des effets de la réforme qui commencent déjà à freiner l'évolution du stock de retraités.

L'entrée en vigueur de la réforme des retraites à compter du 1^{er} juillet 2011 devrait affecter significativement le flux de départs en retraite dès 2011. En effet, le recul de l'âge légal de départ de 4 mois pour les assurés de la génération 1951 nés après le 1^{er} juillet représenterait environ 100 000 liquidations de pensions en moins par rapport à une situation sans réforme (cf. fiche 12-01). Cette mesure occasionnerait une économie de 260 M€ sur les masses de prestations. Les dispositifs dérogatoires issus de la réforme des retraites, dont le coût est estimé à 41 M€ en 2011⁹⁹, viendraient atténuer cette économie.

Ainsi, le flux de départs en retraite (hors retraite anticipée) devrait être en baisse en 2011, avec 602 000 départs estimés en 2011 contre 672 000 en 2010, soit une contraction de plus de 10% du flux. Conséquence de cette évolution, les effectifs de retraités hors retraite anticipée évolueraient moins rapidement que sur les trois dernières années (3% contre 3,5% en moyenne entre 2008 et 2010). Cette tendance devrait se poursuivre et s'accroître jusqu'en 2018, reflétant la montée en charge de la réforme.

⁹⁹ Le coût de 41 millions d'euros comprend les mesures dérogatoires relatives à la pénibilité, aux bénéficiaires du FCAATA.

La revalorisation des pensions en 2011

Aux termes de la loi du 21 août 2003, le coefficient de revalorisation des pensions est égal à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N, corrigé, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N.

Depuis 2009, la revalorisation de l'ensemble des pensions intervient au 1^{er} avril de chaque année et non plus au 1^{er} janvier. La revalorisation pour N est dorénavant égale à la prévision d'inflation de N établie par la Commission économique de la Nation (CEN) et ajustée sur la base de l'inflation définitive constatée pour N-1 (qui est connue en avril N de manière définitive).

L'ensemble des régimes de base sont affectés par cette modification de calendrier dans la mesure où ils appliquent les mêmes règles de revalorisation des pensions que le régime général (soit par alignement, soit par renvoi de textes législatifs).

La revalorisation de 2,1% au 1^{er} avril 2011 correspond à l'hypothèse d'inflation retenue pour 2011 par la CEN qui s'est réunie en mars 2011 (1,8%) majorée de l'écart d'inflation (+0,3%) entre l'inflation réalisée en 2010 (1,5%) et la prévision qui avait été retenue en avril 2010 (1,2%).

En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions serait alors de 1,8% en 2011 et contribuerait pour 1,6 Md€ à l'augmentation des prestations légales de la CNAV.

En %	2008	2009	2010	2011
Prix hors tabac estimés pour l'année N (1)				
Prix hors tabac estimés pour l'année N (PLF N) (1a)	1,6			
Prix hors tabac estimés pour l'année N par la CEN (mars N) (1b)		0,4	1,2	1,8
Calcul de la régularisation sur l'inflation N-1 : (2)				
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 (PLF N) (2a)	1,3			
Inflation définitive constatée pour l'année N-1 (2b)		2,8	0,1	1,5
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 (3)	1,8	1,6	0,4	1,2
Régularisation sur l'inflation N-1 (4) = (2) - (3)	-0,5	1,2	-0,3	0,3
Effet de la correction anticipée en septembre 2008 : (5)		-0,6		
Revalorisation effective : (1)+(4)+(5)				
Au 1er janvier	1,1			
Au 1er avril		1,0	0,9	2,1
Revalorisation exceptionnelle au 1er septembre	0,8			
Augmentation en moyenne annuelle	1,4	1,3	0,9	1,8
Inflation mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N (publiée en janvier N+1)	2,8	0,1	1,5	

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

13.

ECLAIRAGES « RETRAITES »

13.1. LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

La réforme des retraites de 2010 prévoit un retour à l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite à l'horizon 2018. Cette fiche met l'accent plus particulièrement sur la trajectoire financière de la CNAV et du FSV une fois pris en compte les effets de la réforme. Cette actualisation intègre les comptes définitifs 2010 ainsi qu'une estimation affinée des effets de la réforme des retraites par la CNAV. Pour la période 2011-2014, les hypothèses sont celles du projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale (PLFR-SS) pour 2011. Les hypothèses retenues pour les années 2015-2020 sont calées sur celles du scénario « B » du COR sur la période 2015-2020, qui suppose un retour progressif au plein emploi en 2025 (taux de chômage de 4,5%) et une évolution de long terme de la productivité du travail de 1,5% par an en termes réels.

Par cohérence avec la présentation des agrégats financiers présentés en PLFR-SS, les prévisions de solde comptable de la CNAV et du FSV qui suivent sont exprimées en euros courants. L'hypothèse d'inflation retenue pour les années 2015-2020 est de 1,75% par an.

La réforme des retraites et les mesures de recettes associées réduiraient le besoin de financement de la CNAV et du FSV de près de 22 Md€ en 2018

En l'absence de réforme, la CNAV et le FSV auraient connu des déficits croissants. Leurs déficits cumulés auraient crû de 13 Md€ en 2010 à 26 Md€ en 2018. Cette dégradation est imputable à une progression des charges plus rapide que celle des produits, mais également au poids croissant des charges d'intérêt consécutif à l'accroissement des déficits.

La réforme des retraites de 2010 permettrait un retour du régime général et du FSV à une situation financière proche de l'équilibre. En 2018, le solde cumulé de la CNAV et du FSV serait légèrement inférieur à 4 Md€. La réforme des retraites, les mesures de recettes prises dans le cadre de la LFSS pour 2011 et les reprises de dette opérées par la CADES entre 2011 et 2017 contribueraient donc pour 22 Md€ à l'amélioration du solde du régime général et du FSV. Dès 2011, leur déficit serait réduit de plus de 3 Md€.

Près de la moitié des gains de la réforme seraient imputables au relèvement des bornes d'âge de départ en retraite

Le relèvement des bornes d'âge¹⁰⁰, qui se traduit par un gain de 9,1 Md€ en 2018, apporte une contribution décisive au redressement du régime général et du FSV. Toutefois, ses effets montent progressivement en charge en raison à la fois du calendrier retenu (augmentation des bornes d'âge de quatre mois par génération, cf. fiche 13-03) et du renouvellement progressif de l'effectif des retraités (cf. tableaux 1 et 2). Le coût des principales mesures de solidarité¹⁰¹ est estimé à 0,7 Md€ en 2018.

Les mesures de recettes réduiraient de 5 Md€ le déficit de la CNAV et du FSV en 2018. La rétrocession au FSV des gains liés à l'annualisation des allègements généraux de cotisation, via l'affectation d'une part de la taxe sur les salaires, constitue la plus importante de ces mesures (cf. fiches 04-05 et 17-01). Dans l'hypothèse où l'amélioration de la situation de l'assurance chômage le permettrait, ces mesures seraient complétées à compter de 2015 par une augmentation progressive de la cotisation vieillesse, à concurrence de la baisse des cotisations chômage. L'apport de recettes pour le régime général s'élèverait à 2,8 Md€ en 2018.

¹⁰⁰ Le relèvement de l'âge comprend l'ensemble des modifications apportées à la mesure de retraite anticipée.

¹⁰¹ Les mesures de solidarité prises en compte sont les mesures relatives à la pénibilité, aux bénéficiaires du FCAATA et le bénéfice du taux plein à 65 ans, sous conditions, pour les parents de trois enfants.

Enfin, la réforme des retraites de 2010 et la LFSS pour 2011 prévoient le transfert à la CADES des déficits de la branche vieillesse entre 2011 et 2018 afin d'alléger la contrainte financière qui pèsera sur le régime général tout au long de la montée en charge de la réforme (cf. fiche 17-04). En 2018, l'impact de cette reprise de dette sur les charges financières de la CNAV s'élèverait à 2,2 Md€. En outre, les mesures de la loi retraite contribueraient à réduire les charges financières de près de 3 Md€. Au total, les charges financières de la CNAV seraient allégées de 5,2 Md€ en 2018.

Graphique 1 : Solde comptable de la CNAV et du FSV à l'horizon 2020

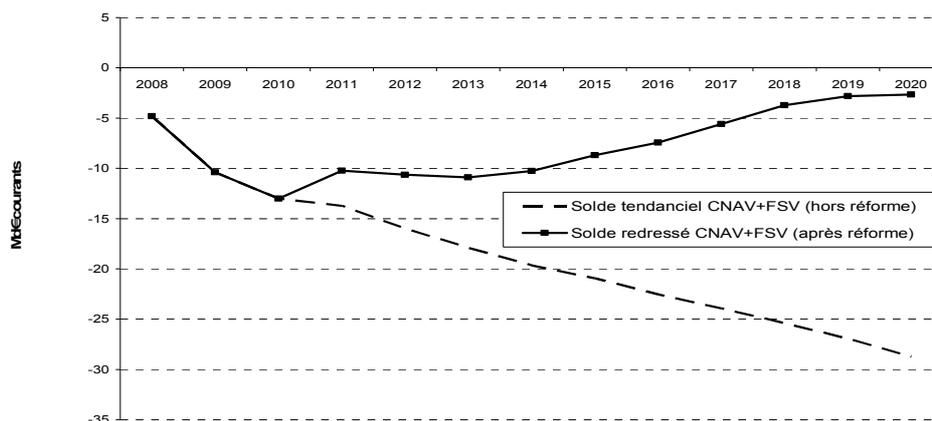


Tableau 1 – Incidence financière des mesures pour la CNAV

Md€ courants	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mesures de dépenses										
Mesures d'âge* (y compris réforme de la retraite anticipée)	0,3	1,6	2,5	3,8	5,0	6,1	7,5	9,2	9,8	10,5
Mesures de solidarité	0,0	-0,1	-0,2	-0,3	-0,4	-0,5	-0,6	-0,7	-1,0	-1,0
Autres mesures	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Mesures de transferts										
Transferts en provenance de la CNAM-AT et du FCAATA	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7	0,9	0,9
Transferts en provenance du FSV et du FSV réserve	3,4	3,8	3,9	4,1	4,2	4,4	4,6	4,8	5,0	5,2
Swap de taux avec l'UNEDIC**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	2,1	2,8	3,7	4,0
Mesures sur les charges financières										
Reprise de dette par la CADES des déficits 2011-2017	0,0	0,2	0,6	1,1	1,5	1,8	2,1	2,2	2,2	2,2
Effet des mesures sur les charges financières	0,0	0,1	0,3	0,7	1,1	1,6	2,2	2,9	3,6	4,5
Total des mesures	3,5	5,4	7,0	9,4	12,3	15,1	18,4	21,8	24,2	26,2

Source : CNAV, MSA, DSS

Note :

*Par le biais des transferts d'équilibrage, l'impact du relèvement de l'âge sur les salariés est intégré à la CNAV. De la même manière, le transfert en provenance du FSV comprend également le transfert au titre du minimum contributif pour les salariés agricoles.

** Le calcul du swap de taux UNEDIC repose sur un transfert croissant de cotisations déplaçonnées entre 2015 (0,11 point) et 2020 (0,53 pt).

Tableau 2 – Incidence financière des mesures pour le FSV

Md€ courants	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mesures sur les dépenses										
Mesures d'âge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Mesures de recettes										
Mesures sur les retraites chapeaux	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Annualisation AG : affectation de taxe sur les salaires	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7
Transferts de la CNAM*	1,4	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3
Mesures de recettes LFSS										
Licence UMTS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Mesures de transferts										
Transferts de charges de la CNAV au FSV	-3,5	-3,9	-4,0	-4,2	-4,3	-4,5	-4,7	-4,9	-5,1	-5,3
Total des mesures	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2

Source : CNAV, DSS

Note : * Les transferts de la CNAM comprennent la CSSS additionnelle et une fraction du forfait social.

13.2. LA RÉFORME DES RETRAITES PEUT-ELLE ALLONGER L'HORIZON DE L'EMPLOI DES SENIORS ?

Depuis quelques années, le débat public sur les retraites fait état d'un « effet horizon » afin de souligner les effets à rebours de la législation des retraites sur la situation du marché du travail. Il fait l'objet d'une attention accrue en France depuis la publication des travaux de Hairault *et al.* (2006) (*cf.* bibliographie).

Le mécanisme théorique

La justification théorique d'un « effet horizon » se fonde sur la notion de rentabilité des investissements sur le marché du travail (par exemple les coûts associés à la formation d'un salarié), cette rentabilité dépendant directement de la durée sur laquelle les investissements sont amortis. Les entreprises et les salariés sachant que l'horizon est, pour les salariés âgés, au maximum égal à la durée restante jusqu'au départ à la retraite, ils pourraient plus fréquemment renoncer à réaliser de tels investissements, par comparaison avec des salariés plus jeunes, pour lesquels l'horizon de « retour sur investissement » serait plus long.

« Quelle incitation a une entreprise ou un travailleur pour engager une formation coûteuse lorsque la retraite se profile de façon certaine à l'horizon ? Quelle incitation existe-t-il à rechercher un travail, si l'on sait que le niveau de la pension sera similaire, que l'on retrouve un emploi ou que l'on reste en inactivité ? Comment imaginer que les entreprises avec un horizon si court vont rechercher un travailleur âgé et accepter des coûts de recherche qu'elles n'auront pas le temps de rentabiliser ? Face à des difficultés passagères, une entreprise préfère licencier des seniors dont la durée de vie dans l'entreprise est de toute façon réduite, et garder les plus jeunes pour éviter des coûts de recherche lorsque la conjoncture se sera améliorée. Autrement dit, l'horizon court qui est créé par la proximité de la retraite tendrait à rendre tout investissement des et dans les seniors non profitable. Offre et demande de travail se conjugueraient pour expliquer la faiblesse du taux d'emploi à proximité de l'âge de la retraite. » (Hairault et al., 2006)

Dans cette définition « l'effet horizon » désigne non pas un mécanisme précis en particulier, mais au contraire la résultante globale de mécanismes variés. Ces mécanismes jouent à la fois sur l'offre et la demande de travail et, en ce qui concerne cette dernière, à la fois vis-à-vis des personnes déjà salariées de l'entreprise et celles, en dehors de l'entreprise, qui pourraient y être embauchées.

La définition de l'effet horizon reste donc floue, et cet effet peut être interprété de manière très large. En particulier, Blanchet (2006) interroge la définition retenue de l'âge de départ à la retraite pertinent qui constitue « l'horizon ». L'horizon retenu par les salariés et les entreprises pourrait très bien être mesuré comme la distance, non pas jusqu'à un âge anticipé propre à chaque individu (par exemple, l'âge où chaque individu atteint la possibilité de partir à taux plein), mais jusqu'à une norme sociale d'âge (par exemple, l'âge minimal légal d'ouverture des droits, ou bien l'âge moyen ou modal de liquidation qui prévaut à la date courante).

Cette question est cruciale, puisqu'elle détermine les conclusions de politique économique qu'on peut tirer des analyses de l'effet horizon. Si c'est la distance à une norme sociale qui prévaut, une modification de la législation des retraites peut n'avoir aucune conséquence sur le marché du travail des seniors, même si l'effet horizon est avéré. Ces conséquences ne pourront en effet se faire sentir que lorsque la norme sociale aura évolué, ce qui peut se faire avec un certain délai après la modification de la législation.

L'estimation microéconomique de l'effet horizon : preuves et controverses

Dans Hairault *et al.* (2006), les faits empiriques utilisés pour mettre en lumière l'effet horizon sont de plusieurs natures, macro- et microéconomique. L'un des arguments présentés, de nature micro-économétrique, a fait l'objet d'une controverse parmi les chercheurs, portant sur l'interprétation des résultats (Benallah *et al.*, 2009 ; Hairault *et al.*, 2009 et 2010 ; OFCE, 2009). Cet argument s'appuyait sur les résultats d'estimations, sur données individuelles, de la probabilité d'être en emploi à chaque âge à partir de 50 ans, en fonction de caractéristiques individuelles (sexe, diplôme, catégorie socioprofessionnelle, etc.), de l'âge, ainsi que de la distance à l'âge individuel du taux plein (au sens de l'âge auquel la durée validée requise pour le taux plein est atteinte). Les résultats montraient que cette dernière variable est associée à une probabilité plus élevée d'être en emploi, toutes choses égales par ailleurs et de manière statistiquement significative, ce qui conduit les auteurs à conclure à l'existence de l'effet horizon.

Dans la controverse qui a suivi, les critiques ont porté sur la mesure de la distance restante jusqu'à « l'horizon », c'est-à-dire la distance à l'âge de la retraite. Cet âge est en effet estimé pour chaque individu à partir de l'âge d'entrée dans la vie active, auquel est ajoutée la durée validée requise pour la génération à laquelle appartient l'individu. Or l'âge d'entrée dans la vie active peut être corrélé à de nombreuses caractéristiques des individus, dont certaines pourraient être absentes des variables retenues dans les régressions. Dès lors, il est difficile de savoir si les coefficients statistiquement significatifs, estimés dans les régressions d'Hairault *et al.*, constituent une véritable mise en lumière empirique de l'effet horizon, ou au contraire si elles captent une simple corrélation avec des caractéristiques omises dans les régressions. Dit autrement, il est très difficile d'identifier à la fois les effets de « distance à l'entrée » (nombre d'années depuis l'âge d'entrée dans la vie active) et de « distance à la sortie » (nombre d'années restantes jusqu'à départ à la retraite) lorsque cette dernière est estimée indirectement à partir de l'âge de début d'activité. En conséquence, il est difficile d'identifier le mécanisme véritablement en jeu.

Cette difficulté n'est cependant pas insurmontable, pourvu qu'on dispose de bases de données individuelles suffisamment précises. En effet, la relation entre l'âge d'entrée sur le marché du travail et l'âge de possibilité de départ au taux plein n'est pas totalement linéaire. La distance à l'âge du taux plein est contrainte par les bornes d'âges : elle ne peut pas être inférieure à la distance jusqu'à l'âge de 60 ans (âge d'ouverture des droits) ni supérieure à la distance jusqu'à l'âge de 65 ans (âge d'annulation de la décote), et cela quel que soit l'âge de début de carrière. Cette relation non-linéaire entre les deux variables permet d'estimer simultanément les effets associés à chacune. Dans une réponse à l'article de Benallah *et al.*, Hairault *et al.* (2009) produisent de nouvelles estimations, dans lesquels les deux effets sont estimés simultanément. Ces résultats confirment que l'effet de distance à l'entrée joue effectivement, mais que sa prise en compte n'annule pas celui de distance à la sortie. Les coefficients associés à cette dernière sont toujours significatifs entre 56 et 59 ans. Leur ampleur est de plus croissante au fur et à mesure qu'on s'approche de la borne de 60 ans.

Une autre critique qui peut être adressée à ces estimations concerne les erreurs de mesure. Calculer l'âge auquel un individu atteint la durée requise pour le taux plein à partir de son seul âge de début d'activité est en effet assez fruste. Or, des erreurs de mesure importantes sont susceptibles de biaiser fortement les résultats. Cependant, dans une nouvelle estimation à partir des données des échantillons interrégimes de cotisants et de retraités, Aubert (2011) confirme l'estimation d'un effet significatif lié à la distance à la retraite. L'estimation à partir de données issues de sources administratives permet de s'abstraire du risque d'erreurs de mesure : la distance à l'âge du taux plein peut en effet être mesurée de manière exacte, puisqu'on dispose du nombre de trimestres réellement validés jusqu'à un âge d'observation donné. La spécification prend de plus bien en compte à la fois les effets de durée de carrière (distance à l'entrée) et de durée manquante jusqu'au taux plein (distance à la sortie). Les résultats montrent qu'une plus grande distance à la sortie est associée à une plus faible probabilité de sortir définitivement de l'emploi, pour les hommes, entre 57 et 59 ans. Les coefficients ne sont en revanche pas statistiquement significatifs pour les femmes.

Estimation micro et chiffrage macro : deux exercices différents

Quelques études microéconométriques récentes sur données françaises semblent confirmer qu'il existe bien un « effet horizon » statistiquement significatif, jouant sur l'emploi des seniors au moins au cours de deux ou trois années précédant l'âge d'ouverture des droits à la retraite (cf. encadré). Cependant, sans calcul complémentaire, cela ne permet pas directement de déterminer s'il est substantiel ou non au niveau agrégé sur l'ensemble de la population. En ce sens, ces résultats sont de nature qualitative plus que quantitative. En particulier, il serait erroné d'interpréter l'estimation d'un effet significatif au niveau microéconomique comme une indication du fait qu'un décalage des bornes d'âge légal de la retraite se répercuterait forcément en totalité par un décalage de toutes les situations sur le marché du travail. Pour estimer un impact global, l'effet horizon doit être intégré dans un modèle, qui réalise l'agrégation sur l'ensemble de la population.

Les principaux modèles de projection des retraites en France se sont attachés à partir de 2010 à intégrer l'effet horizon, dans la continuité des travaux visant à étudier les effets d'un relèvement des bornes d'âges de la retraite. Cette prise en compte peut *a priori* passer par la modélisation de l'un ou l'autre – voire de l'un et l'autre – de deux « canaux » suivants : soit un canal individuel, dans lequel l'horizon pris en compte concerne la distance jusqu'à l'âge où la possibilité de départ au taux plein sera atteinte (âge propre à chaque personne) ; soit un canal collectif, où l'horizon pertinent est celui de l'âge minimal d'ouverture des droits (commun à tous les individus). En pratique, c'est ce seul second canal qui fait l'objet d'une modélisation, notamment dans les modèles DESTINIE de l'INSEE et PROMESS de la DREES. Implicitement, ces modèles font donc l'hypothèse que l'effet « distance à la sortie » joue vis-à-vis d'une norme sociale d'âge de la retraite, plutôt que vis-à-vis d'un âge « individualisé » du taux plein.

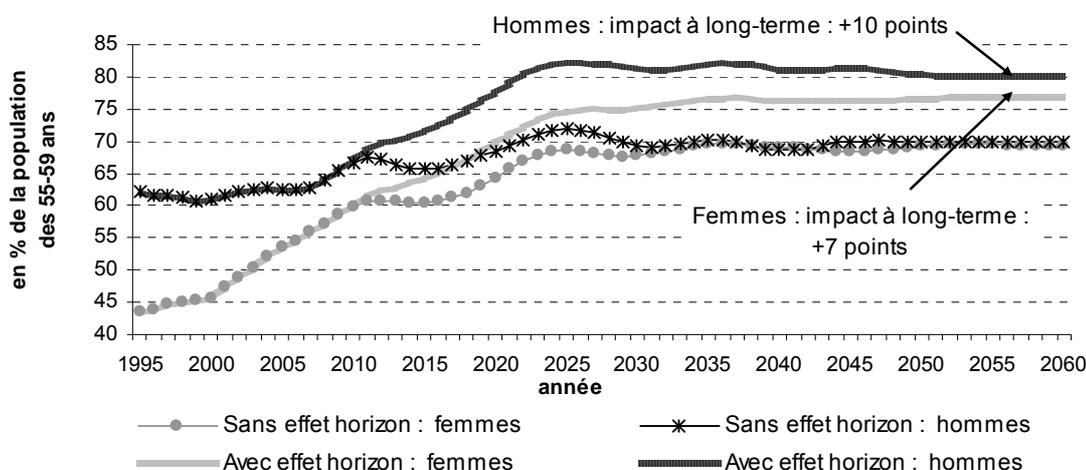
L'effet horizon dans les projections de population active 2010-2060 de l'INSEE

Intégrer un « effet horizon » dans les modèles de projection suppose de modifier, en fonction de cet horizon, les fins de carrières modélisées des individus ou groupes d'individus considérés. Une manière de le faire est de décaler directement les âges de cessation modélisés d'une durée proportionnelle à celle du décalage de l'âge-horizon. Par exemple, on augmente d'un an tous les âges individuels de sorties d'emploi ou d'activité après 55 ans lorsque l'âge d'ouverture des droits augmente d'un an. On peut également retenir une proportion inférieure à 1 (par exemple un décalage de 0,5 an des âges de sortie lorsque l'âge d'ouverture des droits augmente d'un an), pour tenir compte d'un effet horizon partiel ou atténué, par exemple au cours d'une période transitoire de montée en charge des effets. Le coefficient de proportionnalité choisi est alors généralement *ad hoc*.

Cette manière de modéliser l'effet horizon est celle qui est retenue dans le modèle DESTINIE, pour l'exercice qui a servi à modéliser l'impact des réformes des retraites dans les projections de population active 2010-2060 de l'INSEE, publiées au printemps 2011. Ces projections fournissent une estimation chiffrée de l'ampleur de l'effet horizon sur le taux d'activité des 55-59 ans : à long-terme, le report de deux ans de l'âge minimal d'ouverture des droits, transitant par cet effet horizon, se traduirait par une hausse des taux d'activité de l'ordre de 10 points parmi les hommes et de 7 points parmi les femmes (cf. graphique 1).

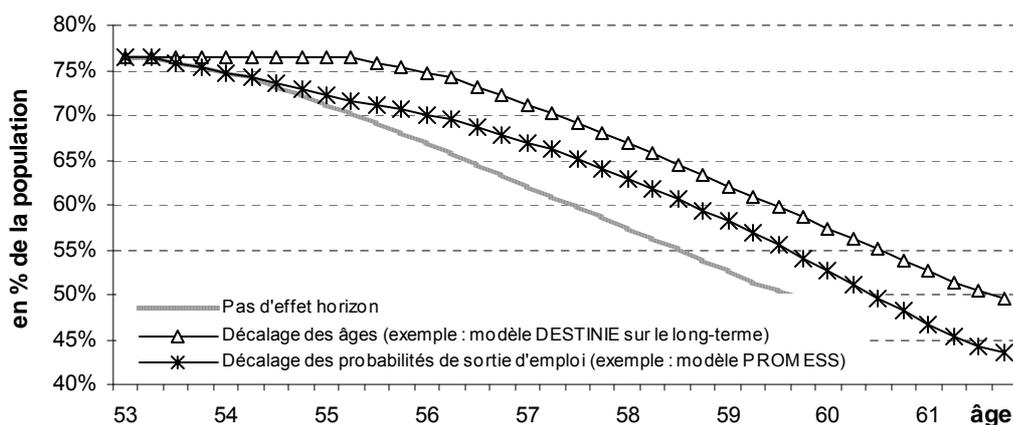
Notons que plusieurs façons de modéliser l'effet horizon peuvent être proposées, qui impliquent des différences sur les impacts estimés. Sans ambitionner de les mentionner en totalité, on peut évoquer celle retenue dans le modèle PROMESS de la DREES. Dans ce modèle, on ne décale pas les âges, mais les probabilités de sortie d'emploi. Plus précisément, on décale le moment, en toute fin de carrière, où les plus fortes probabilités de sortie se produisent. Cela se traduit par un décalage des taux d'emploi qu'on peut qualifier de « partiel » et qui est légèrement plus faible que celui modélisé par DESTINIE (cf. graphique 2). Ces différences entre modèles sont évoquées ici afin de rappeler que le chiffrage d'un effet horizon reste un exercice de modélisation, par nature conditionné à des hypothèses, et donc sensible à celles-ci.

Graphique 1 : Taux d'activité des 55-59 ans avec et sans prise en compte d'un « effet horizon »



Source : Insee, projections de population active 2010-2060

Graphique 2 : Taux d'emploi entre 53 et 62 ans sous diverses hypothèses de modélisation



Bibliographie

- AUBERT P. (2011), « Effets directs et indirects des systèmes de retraite sur l'emploi des seniors : résultats récents », à paraître dans la *Revue française des affaires sociales*
- AUBERT P. (2011), « L'effet horizon : de quoi parle-t-on ? », document n°6 de la séance du Conseil d'orientation des retraites du 4 mai 2011
- BENALLAH S., DUC C., LEGENDRE F. (2008), « Peut-on expliquer le faible taux d'emploi des seniors en France ? », *Revue de l'OFCE*, n°105, pp. 5-17
- BLANCHET D. (2006), « Age ou distance à la retraite : quel est le principal déterminant de l'emploi des seniors ? », *Économie et Statistique*, n°397, pp. 65-68
- HAIRAUT J.-O., LANGOT F., SOPRASEUTH T. (2006), « Les effets à rebours de l'âge de la retraite sur le taux d'emploi des seniors », *Économie et Statistique* n°397
- HAIRAUT J.-O., LANGOT F., SOPRASEUTH T. (2009), « Le faible taux d'emploi des seniors : distance à l'entrée dans la vie active ou distance à la retraite ? », *Revue de l'OFCE*, n°109, pp. 63-84
- OFCE (2009), « Comment allonger les carrières ? Faut-il repousser l'âge légal de la retraite ? Rencontre d'experts organisés par l'OFCE le 10 mars 2009 », *Revue de l'OFCE*, n° 109, pp. 85-99

13.3. LE RELÈVEMENT DES BORNES D'ÂGE DE DÉPART EN RETRAITE : IMPACTS FINANCIER ET INDIVIDUEL

Face aux besoins de financement croissants dus à l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du *baby-boom*, amplifiés par la crise économique et financière de 2008, la loi du 9 novembre 2010 vise au retour à l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite par répartition à l'horizon 2018 (cf. fiche 13.1). Pour cela, la loi prévoit notamment une augmentation progressive de l'âge minimal de départ à la retraite et de l'âge d'obtention du taux plein, à partir de la génération 1951. Ces deux bornes se translateront au rythme de 4 mois par génération pour atteindre respectivement 62 ans et 67 ans pour les générations 1956 et suivantes (cf. encadré 1).

Pour le régime général, le relèvement des bornes d'âge devrait permettre d'économiser près de 9 Md€ à l'horizon 2020

Le recul des âges légaux (y compris des bornes d'âge pour départ anticipé) devrait permettre d'économiser au total 8,7 Md€ (€ constants 2010) en 2020 pour le seul régime général, selon les projections de la CNAV¹⁰² (cf. graphique 1). Ces économies devraient continuer de progresser après 2020 pour atteindre près de 11 Md€ vers 2030, et se stabiliser à ce niveau jusqu'en 2050.

L'essentiel des économies provient d'une baisse des prestations à verser

Pour l'année 2020, les économies réalisées se décomposent entre 7,1 Md€ de prestations en moins à verser en raison des décalages de départ et 1,7 Md€ de ressources supplémentaires pour la CNAV. En effet, la poursuite d'activité engendrerait des cotisations supplémentaires pour la CNAV, directes si l'assuré est salarié du régime général au moment du départ et indirectes si l'assuré est au chômage, par le biais de transferts financiers supplémentaires de la part du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui prend en charge la validation pour la retraite des périodes de chômage¹⁰³. Dès 2016, on estime que 60% des assurés décaleraient leur départ en retraite, proportion qui atteindrait 75% à partir de 2018 et au-delà. Ainsi, l'âge moyen de départ en retraite progresserait de 1,5 an à terme (cf. graphique 2).

Les économies attendues seront atténuées par différents dispositifs dérogatoires maintenant des possibilités de départs à 60 et 65 ans

La loi de 2010 maintient toutefois des possibilités de départ à 60 ans en faveur des salariés ayant été exposés à des conditions de travail pénibles ainsi que le bénéfice maintenu du taux plein à 65 ans pour certaines catégories particulières d'assurés notamment pour les parents, nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955, ayant eu ou élevé au moins trois enfants (cf. encadré 2). Les moindres économies liées à cette dernière dérogation, dont les premiers effets commencent en 2016, atteindraient un pic en 2020 (environ 80 M€ 2010). Par ailleurs, le dispositif de retraite anticipée pour carrières longues est assoupli s'agissant de la condition d'âge de début d'activité qui passe de 16 à 17 ans, et l'âge d'éligibilité sera lui aussi progressivement décalé selon le même calendrier que le recul de l'âge légal de départ en retraite (cf. encadré 2). Ces différents éléments devraient entraîner une hausse des bénéficiaires de la retraite anticipée : le flux annuel d'entrants pourrait atteindre un pic de 97 000 assurés en 2017, contre 45 000 en 2010. Au total, le coût des départs anticipés pour carrière longue avant 62 ans excéderait, en 2020, de 1,3 Md€ le coût qu'on aurait observé sur le dispositif de retraite anticipée en l'absence de réforme.

¹⁰² Source : simulations Cnav d'un recul de l'âge de départ à la retraite à l'aide du modèle PRISME mensualisé et cadrage n°15, mai 2011.

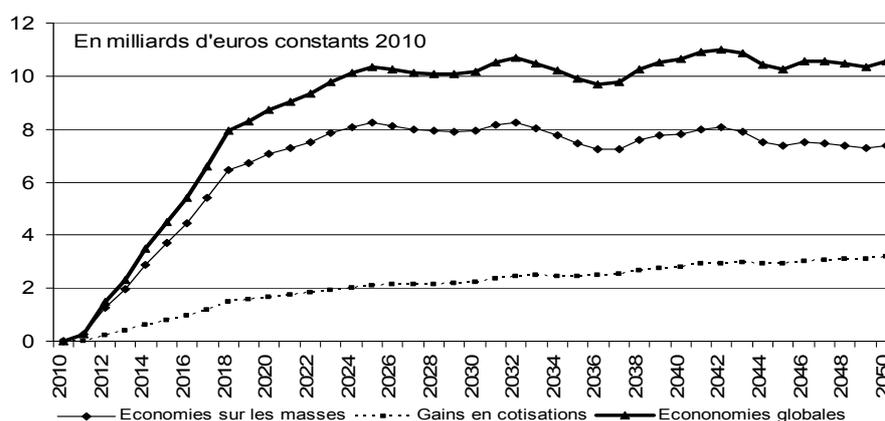
¹⁰³ Le gain total de 1,7 Md€ se décompose entre 1,3 Md€ de cotisations directes et 400M€ de cotisations indirectes.

Encadré 1 - Le recul des âges légaux de départ en retraite

La loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 prévoit une augmentation progressive de l'âge minimal de départ à la retraite et de l'âge d'annulation de la décote à partir de la génération 1951. Ces deux bornes se traduiront au rythme de 4 mois par an et par génération pour atteindre respectivement 62 ans et 67 ans pour les générations 1956 et suivantes. Les assurés nés avant le 1^{er} juillet 1951 ne sont pas concernés par cette nouvelle réglementation.

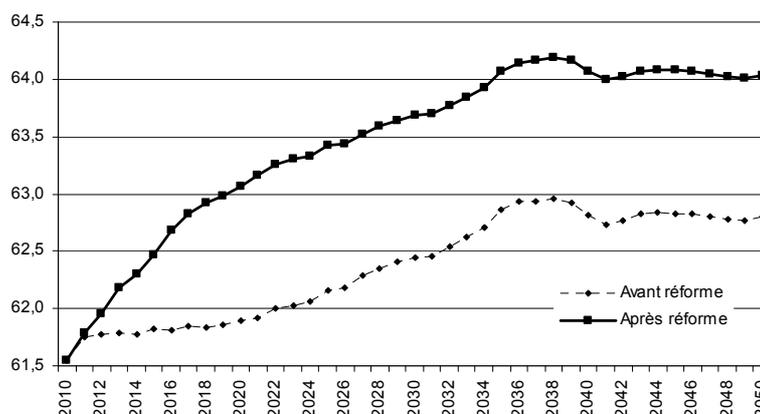
Date de naissance	Age minimal de départ en retraite	Age d'obtention du taux plein
Avant le 1er juillet 1951	60 ans	65 ans
Entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951	60 ans + 4 mois	65 ans + 4 mois
En 1952	60 ans + 8 mois	65 ans + 8 mois
En 1953	61 ans	66 ans
En 1954	61 ans + 4 mois	66 ans + 4 mois
En 1955	61 ans + 8 mois	66 ans + 8 mois
A partir de 1956	62 ans	67 ans

Graphique 1 : Economies en prestations et gains en cotisations pour la CNAV du recul de l'âge légal et de l'âge taux plein respectivement de 60 à 62 ans et de 65 à 67 ans



Source : CNAV, modèle Prisme mensualisé

Graphique 2 : Âge moyen de départ en retraite au régime général selon l'année de départ avant et après réforme



Source : CNAV, modèle Prisme mensualisé

Le relèvement des bornes d'âge produit des économies plus immédiates que l'augmentation de la durée d'assurance

En plus du recul des âges légaux de départ en retraite, la réforme confirme le mécanisme de hausse de la durée d'assurance en fonction des gains d'espérance de vie mis en œuvre par la loi de 2003. Les deux dispositifs ne produiront pas des économies aux mêmes horizons. Ainsi, le relèvement de l'âge entraîne des économies à court terme alors que l'augmentation de la durée d'assurance devrait avoir des effets à plus long terme. En effet, le recul des âges légaux de départ en retraite concerne l'ensemble des générations susceptibles de partir en retraite (générations 1951 et suivantes) qui vont devoir reporter leur départ de 4 mois (génération 1951) à deux ans (génération 1956 et suivantes). Ceci permettra une économie immédiate sur les flux de départs en retraite dès 2011. Le potentiel d'économie sera toutefois réduit, au fil du temps, du fait de l'arrivée aux âges de liquidation des assurés qui auront prolongé leur activité, et bénéficieront dès lors de pensions plus élevées (*cf. infra*). *A contrario*, l'augmentation de la durée d'assurance requise pour un départ au taux plein ne commencera à jouer effectivement que lorsque les générations concernées par l'obligation de scolarité jusqu'à 16 ans (génération 1953 et suivantes) et par l'allongement des études arriveront aux âges de départ à la retraite. Des travaux de la DREES¹⁰⁴ montrent que des personnes en proportion croissante sont touchées par l'allongement de la durée d'assurance requise, et donc susceptibles de prolonger leur activité en conséquence : 31% des hommes et 25% des femmes pour la génération 1952 (qui atteindra 60 ans en 2012).

A long terme, le relèvement des âges légaux devrait se traduire par une hausse moyenne d'environ 3 % de la pension

Au niveau individuel, le recul des âges légaux de départ en retraite entraînera une hausse de la pension moyenne au fil des générations de 2% pour la génération 1967 et d'un peu moins de 3% pour la génération 1977¹⁰⁵. Dans la mesure où les assurés reportent la liquidation de leur pension, cette hausse s'explique par une amélioration des droits à retraite des assurés :

- parce qu'ils valideront des trimestres supplémentaires, ce qui réduira la proratisation de leur pension (cas notamment des polypensionnés), ou leur permettra parfois d'atteindre le taux plein ;
- parce qu'ils auront un meilleur salaire annuel moyen, du fait des gains de productivité.

L'augmentation de la pension moyenne s'explique en premier lieu par un coefficient de proratisation plus favorable pour l'assuré, du fait de la prolongation d'activité qui lui permet de valider davantage de trimestres, même en tenant compte de l'augmentation prévue de la durée d'assurance requise pour le taux plein. En effet, il est d'autant plus facile d'atteindre une durée élevée que l'âge de départ est également élevé. Par ailleurs, cette prolongation d'activité se traduit généralement par un salaire annuel moyen plus élevé, les dernières années validées faisant *a priori* partie des 25 meilleures années et, ce faisant, permettant d'éliminer des années avec des salaires plus faibles dans le calcul du SAM. La hausse de la pension moyenne, induite mécaniquement par le décalage des départs en retraite, conduirait à minorer les effets financiers du recul des âges légaux de l'ordre de 400 M€ en 2020 et de 2,5 Md€ en 2050.

¹⁰⁴ Aubert P. (2011) « Allongement de la durée requise pour le taux plein et âge de départ à la retraite des salariés du secteur privé : Une évaluation de l'impact de la réforme des retraites de 1993 », à paraître dans *Retraite et société*

¹⁰⁵ Source : simulation CNAV d'un recul de l'âge de départ à la retraite à l'aide du modèle PRISME mensualisé et cadrage n°15, mai 2011.

Encadré 2 – Les principales dérogations au recul des âges légaux de départ en retraite

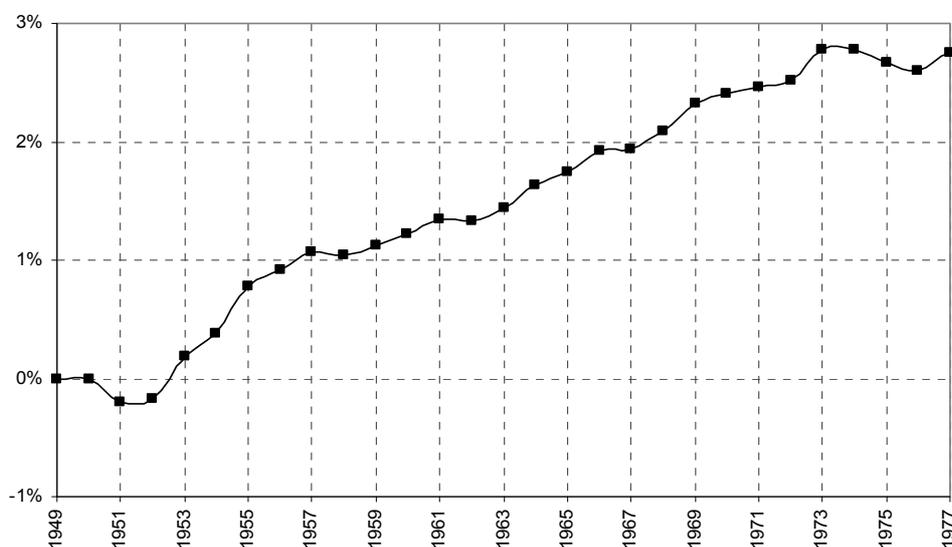
La loi du 9 novembre 2010 maintient les départs en retraite anticipée pour carrière longue tout en translatant les bornes d'âge d'entrée dans le dispositif selon le même calendrier que le recul de l'âge légal de départ en retraite (+4 mois par an et par génération) : de 56-59 ans actuellement à 58-61 ans en 2020. Cette translation des bornes d'âge est plus progressive que pour les départs non anticipés et donc plus favorable aux assurés. Par ailleurs, la condition d'âge de début d'activité est assouplie : dorénavant, l'assuré doit avoir validé 5 trimestres de durée d'assurance avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans contre 17 ans auparavant. Une exception est autorisée pour les assurés nés en fin d'année (dernier trimestre) qui doivent valider 4 trimestres avant d'avoir 18 ans.

Par ailleurs, la loi crée un dispositif de départ anticipé au titre de la pénibilité. L'âge de la retraite est maintenu à 60 ans pour les assurés justifiant d'une incapacité supérieure à 10% résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sous réserve, si l'incapacité est inférieure à 20%, de justifier de l'exposition à des facteurs de pénibilité.

Par ailleurs, plusieurs dérogations permettent à certains assurés de continuer à bénéficier automatiquement d'une retraite à taux plein à 65 ans quelle que soit leur durée d'assurance. Il s'agit :

- des parents, nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955, ayant eu ou élevé au moins trois enfants, qui ont réduit leur activité ou se sont arrêtés de travailler pour élever un enfant et qui ont validé 8 trimestres au plus entre l'année de la naissance et les deux années qui suivent si l'enfant est né au premier semestre, et entre l'année de la naissance et les trois années qui suivent si l'enfant est né au second semestre ;
- des assurés ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial ;
- des parents d'enfant handicapé (ayant validé un nombre de trimestre minimum au titre de la majoration de durée d'assurance pour l'éducation d'un enfant handicapé) ;
- des assurés qui ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap ;
- des assurés handicapés (plus de 50% d'incapacité permanente).

Graphique 3 : Evolution de la pension moyenne de droits propres après réforme, mesurée par génération



Source : CNAV, modèle Prisme mensualisé

Note de lecture : pour les générations 1951 et 1952, la très légère baisse de pension moyenne observée (- 0,2 %) est à rapprocher des hypothèses retenues pour la simulation : les retraités partant avec décote avant réforme sont supposés partir au même âge après réforme, avec une décote plus importante. De même, le recul de l'âge se traduit par une baisse des montants moyens de surcote après réforme. Au total, ces deux effets ne sont encore pas compensés par l'amélioration du salaire annuel moyen et par une proratisation plus favorable.

13.4. LES DÉPARTS EN RETRAITE AVEC DÉCOTE

Le taux réduit ou dispositif dit « de décote » s'applique à la pension des retraités n'ayant pas la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension à taux plein. Cette décote se traduit par une minoration de pension en fonction de l'âge de départ en retraite et de la durée d'assurance acquise par l'assuré (cf. encadré). La loi du 21 août 2003 a prévu une harmonisation des dispositifs de décote pour l'ensemble des régimes de retraite ce qui a conduit à un assouplissement du dispositif au régime général avec une baisse du coefficient de minoration. Ce dernier, fixé à 2,5% par trimestre manquant (10% par année manquante) pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1944, diminue progressivement de 0,125 point par an et sera ramené à 1,25% pour ceux nés après 1952, soit 5% par année manquante.

En 2010, 9% des départs en retraite au régime général ont eu lieu avec décote, pour une pension moyenne inférieure à 300 €

58 200 assurés du régime général ont liquidé leur pension avec décote en 2010 (cf. graphique 1). Ils représentent 8,7% du flux de liquidations de droits directs contributifs, après 8,2% en 2009. Cette population présente deux caractéristiques principales : une forte proportion de femmes, tendanciellement en hausse (56% en 2010 contre 40% en 2003) et un nombre moyen de trimestres décotés élevé avec plus de 13 trimestres en 2010 (cf. graphique 2). Ce nombre moyen cache des disparités importantes puisque 36% des « décotants » partent en retraite avec le nombre maximum de trimestres de décote, soit 20 trimestres. Ainsi, le montant moyen des pensions attribuées au régime général avec décote est relativement faible et atteint 271 € par mois en 2010 (cf. graphique 3). A titre de comparaison, celui des pensions de droits directs contributifs attribuées à taux plein au régime général s'élève à 641 € par mois en 2010. Pour expliquer l'écart constaté entre les pensions à taux plein et les pensions avec décote, la CNAV¹⁰⁶ a décomposé, sur la période 2005-2009, les effets des paramètres de calcul sur le niveau de pension avec décote et à taux plein. Trois éléments peuvent influencer les différences de niveaux de pension : le salaire annuel moyen qui sert de référence au calcul de la pension, le taux de liquidation minoré par les trimestres de décote et la proratisation qui rapporte la durée d'assurance validée au régime général à celle nécessaire à l'obtention du taux plein. Les effets de ces éléments sont différenciés en fonction du sexe. Par rapport à ceux qui partent à taux plein, le facteur le plus déterminant de la faiblesse relative du niveau de pension avec décote est, pour les hommes, le coefficient de proratisation suivi du taux de liquidation. C'est l'inverse pour les femmes : l'effet du taux de liquidation l'emporte sur celui de la proratisation. Enfin, le salaire annuel moyen joue en dernier ordre sur l'écart de pension observé, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.

Une population aux carrières moins favorables au régime général et une proportion plus importante de polypensionnés

L'analyse par la CNAV¹⁰⁶ des profils socio-économiques de la population des retraités partis avec décote en 2009 met en évidence des carrières professionnelles moins favorables pour ces retraités que pour ceux partis au taux plein : ils sont entrés plus tardivement sur le marché du travail, ont connu des périodes d'inactivité plus longues en fin de carrière et disposent d'un salaire annuel moyen généralement plus bas. La moitié des femmes qui partent à taux réduit totalisent entre 8 et 10 années d'inactivité entre 50 et 59 ans, contre 21% seulement chez les femmes qui partent au taux plein. Ce constat d'une plus longue

¹⁰⁶ Etude de la CNAV d'avril 2011 : « Les décotés au régime général des flux 2004 à 2009 ».

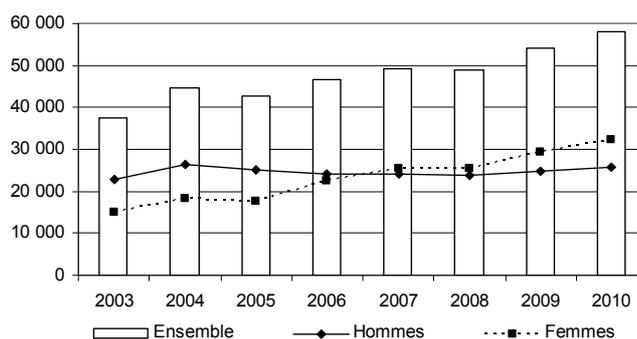
Formule de calcul de la décote au régime général

Le nombre de trimestres manquant à un assuré pour prétendre à une pension à taux plein donne lieu à deux calculs : tout d'abord en écart à l'âge d'obtention automatique du taux plein (65 ans pour la génération 1950), puis en écart à la durée exigée pour le taux plein (40,5 années pour cette même génération). Le résultat le plus favorable à l'assuré, soit le plus petit de ces deux nombres, est retenu. La formule de la décote est donc la suivante :

Décote = Coefficient de minoration x MIN [(âge taux plein - âge de départ) ; (durée d'assurance taux plein - durée validée)]

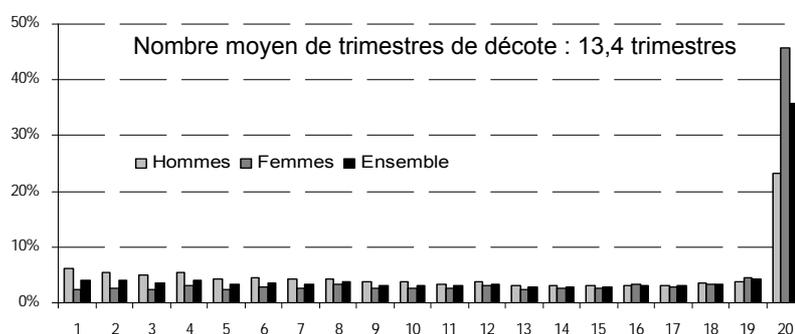
En application de cette formule, le nombre de trimestres manquants ne peut être supérieur à 20 trimestres – l'écart entre 65 ans et l'âge minimal de départ en retraite (60 ans).

Graphique 1 : Pensions attribuées avec décote au régime général



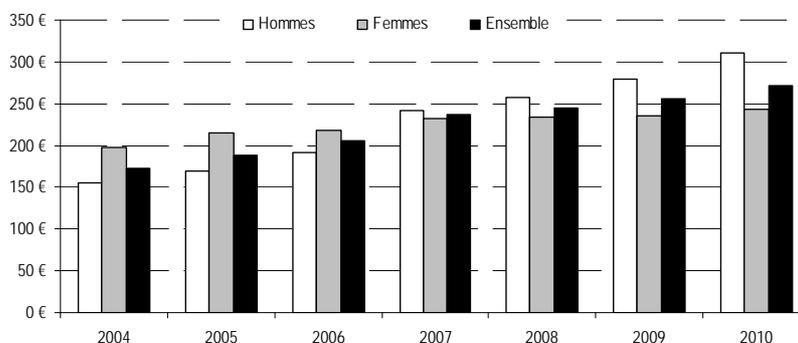
Source : CNAV

Graphique 2 : Répartition selon le nombre de trimestres de décote au régime général



Source : CNAV

Graphique 3 : Montant moyen des pensions de droits directs contributifs attribuées avec décote au régime général



Source : CNAV

période avec de très faibles reports au compte avant le départ en retraite vaut également pour les hommes. En revanche, le nombre de trimestres manquants pour l'obtention du taux plein diffère selon le sexe : plus des deux tiers des femmes partant avec décote ont entre 17 et 40 trimestres manquants contre moins de la moitié des hommes.

Concernant la situation matrimoniale, 74% des retraités partis avec décote sont en couple contre 66% pour les retraités partis au taux plein. Pour les femmes, le fait d'avoir élevé trois enfants ou plus est plus fréquemment associé à un départ avec décote qu'à un départ à taux plein. Les trimestres d'AVPF représentent aussi une fraction plus importante lorsqu'elles partent avec une décote. Cela indiquerait qu'une part significative des femmes qui liquident leur pension avec décote auraient interrompu leur activité professionnelle pour élever leurs enfants, et ne l'ont pas forcément reprise. Les périodes de maladie jusqu'à 54 ans sont moins fréquentes pour les femmes qui décotent que pour les départs à taux plein mais il n'y a pas de différence significative quant à la fréquence des périodes de chômage jusqu'à 54 ans. En fin de carrière, les périodes de chômage et de maladie sont moins fréquentes chez les assurées partant en retraite avec décote. Cela pourrait être lié au fait que ces personnes, éloignées depuis longtemps de l'activité, ne rempliraient plus les conditions d'indemnisation par l'assurance chômage ou par l'assurance maladie, au titre des congés maladie.

On observe une légère surreprésentation des polypensionnés parmi les retraités partis avec décote : 53%, contre 48% chez les retraités partis au taux plein. Chez les hommes, 72% des retraités partis à taux réduit sont des polypensionnés contre 41% des femmes. Par ailleurs, toujours chez les hommes partis avec décote, 17% ont moins de 20% de leur carrière au régime général et 9% entre 20% et 40%.

Les faibles pensions des retraités partis avec décote dans le régime de base peuvent correspondre à une pension tous régimes élevée

Afin de cerner davantage les retraités partis avec décote, une analyse en tous régimes sur la génération 1942¹⁰⁷ a été menée par la DREES¹⁰⁸. Comme pour les retraités partis avec décote au régime général (*cf. supra*), le nombre moyen de trimestres de décote est relativement élevé (15 trimestres). Ainsi, les montants de pension des retraités à taux réduit sont relativement faibles : 54% des assurés partis en retraite avec décote dans le régime de base principal ont une pension mensuelle moyenne totale inférieure à 300 € contre seulement 11 % pour les assurés partis en retraite à taux plein (*cf. graphique 4*).

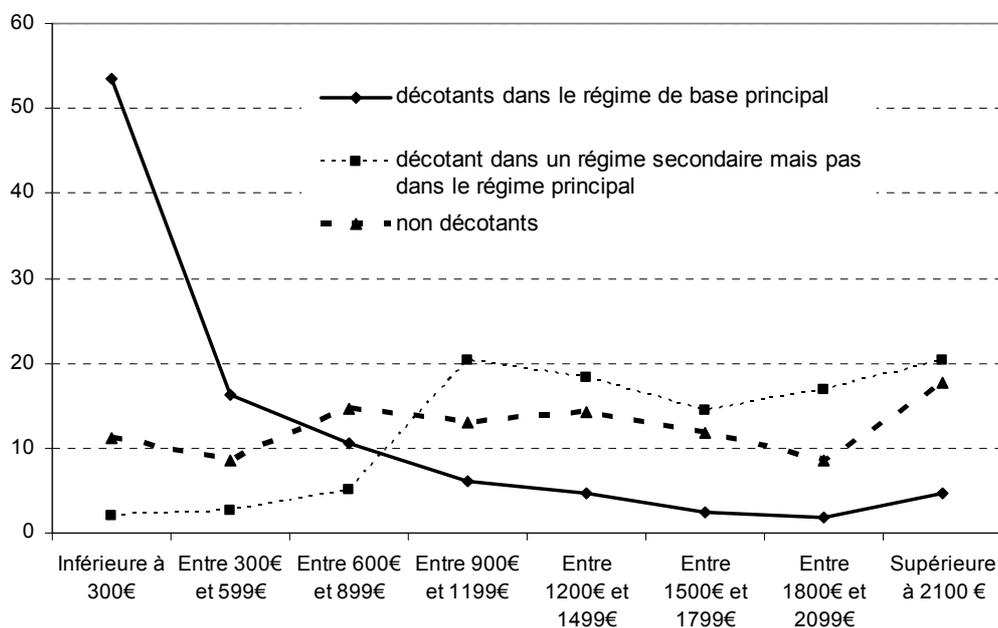
Parmi l'ensemble des retraités ayant au moins un droit direct dans un régime de base, 6,5% sont partis avec une pension à taux réduit dont 5,1% avec une décote dans le régime de base principal et 1,4% avec une décote uniquement dans un régime secondaire sans avoir de décote dans le régime principal. Pour l'ensemble des retraités ayant au moins un droit direct dans un régime de base, le montant mensuel moyen de la pension totale tous régimes s'élève à 1 396 € (1 436 € pour les retraités partis au taux plein). Ce montant s'élève à 594 € pour les personnes qui partent à taux réduit dans le régime de base principal contre 1 671 € pour ceux qui décotent uniquement dans un régime secondaire. Cette dernière situation correspond surtout à des polypensionnés qui ont fait la majorité de leur carrière dans la fonction publique ou dans un autre régime spécial (régime de base principal) avec une partie de carrière validée au régime général (régime secondaire) avec décote.

Un autre critère pertinent pour caractériser les assurés de la génération 1942 partis en retraite avec décote est le lieu de résidence des retraités. En effet, seuls 2% des hommes retraités résidant en France sont partis avec décote dans leur régime de base principal, contre 30% pour les hommes résidant à l'étranger (*cf. graphique 5*). On retrouve ce même constat chez les femmes même si l'écart est de moindre ampleur (respectivement 4% et 11%).

¹⁰⁷ Il est à noter que les assurés de cette génération relevant de la fonction publique et des autres régimes spéciaux ne sont pas concernés par la décote.

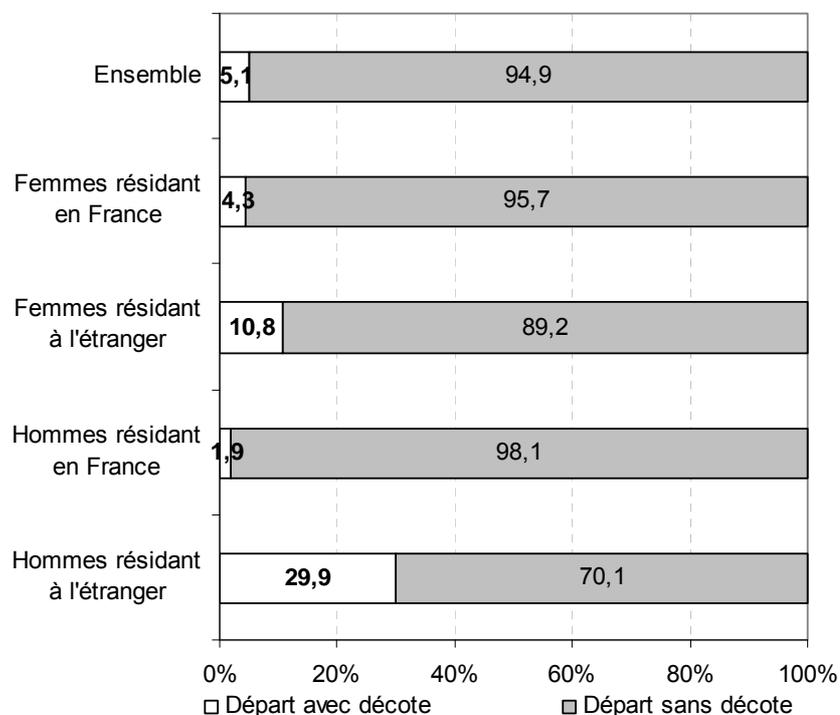
¹⁰⁸ « Les retraités et les retraites en 2009 », DREES.

Graphique 4 : Répartition (en %) selon le montant de la pension totale des retraités de droits directs dans au moins un régime de base (génération 1942)



Source : EIR 2008, DREES

Graphique 5 : Répartition des retraités de la génération 1942 vis-à-vis de la décote dans leur régime de base principal



Source : EIR 2008, DREES

14. LES PRESTATIONS FAMILLE

14.1. LES PRESTATIONS FAMILIALES

Dans cette fiche, les prestations familiales étudiées sont les prestations légales servies par la CNAF hors allocation logement familiale¹⁰⁹, API et AAH.

Après une progression très faible en 2010, les prestations familiales augmenteraient de 1,7% en 2011

Les prestations familiales considérées ici représentent près de 72% des prestations sociales financées par la CNAF¹¹⁰ et 30,7 Md€ en 2011. Elles ont crû en 2010 de 0,4%, à un rythme nettement inférieur à celui de 2009 (3,3%) (cf. tableau 1). Elles seraient un peu plus dynamiques en 2011 (1,7%), sous l'impulsion d'un effet prix en augmentation. Cet effet est presque entièrement déterminé par la revalorisation de la BMAF en proportion de laquelle la plupart des montants des prestations familiales sont exprimés¹¹¹.

Elles sont composées à 55% des allocations d'entretien en faveur de la famille, à 41% des prestations en faveur de la petite enfance et à 3% d'autres prestations (AEEH et frais de tutelle) (cf. tableau 1).

En 2011, les allocations en faveur de la famille augmenteraient faiblement (0,5%) et contribueraient pour seulement 0,3 point à la croissance du total (cf. graphique 1). Les allocations en faveur du jeune enfant expliquent l'essentiel du reste de la croissance (1,3 point) du fait d'un taux de croissance de 3,1% et d'un poids toujours croissant dans l'ensemble.

L'effet prix représente 1,5 point de la progression des prestations familiales en 2011

En 2011, les revalorisations des prestations familiales contribueraient à hauteur de 1,5 point à la progression des prestations familiales, conséquence de la revalorisation de la BMAF au 1^{er} janvier 2011 en fonction de l'inflation prévue (cf. encadré 1). Hors revalorisation, les prestations familiales auraient augmenté de 0,1%. En 2010, les prestations familiales ont progressé de 0,4% pour une revalorisation nulle de la BMAF.

Cette évolution globale des prestations familiales cache des dynamiques très diverses entre prestations, selon qu'elles sont forfaitaires, de montant variable selon la composition des familles ou sous condition de ressources.

Les évolutions des prestations, hors effet prix, sont très variables

Les allocations en faveur de la famille en baisse

Les allocations familiales (AF) qui représentent presque trois quarts des allocations en faveur de la famille ont diminué en 2010 de 1,3% et diminueraient en 2011 de 1%¹¹². L'allocation étant versée sans condition de ressources aux familles ayant au moins deux enfants, son évolution dépend du nombre de bénéficiaires qui augmente peu (0,6% en 2010 et 0% en 2011, cf. graphique 2), et du montant moyen de l'allocation versée. Or ce montant diminue, de 1,9% en 2010 et de 1% en 2011, à cause de deux effets. Premièrement, une déformation tendancielle légère de la structure des familles bénéficiaires : les familles de 3 enfants et plus en représentaient 31,9% en 2007 contre 31,7% en 2010.

¹⁰⁹ Les allocations logement sont présentées dans la fiche. 14.02.

¹¹⁰ Les 28% restants des prestations sont composées en 2010 des aides au logement (ALF, dotation au FNAL pour APL) et des prestations extralégales

¹¹¹ Les salaires des employés à domicile et des assistantes maternelles conditionnent l'évolution des prises en charge, par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), des cotisations sociales prises en charge des assistants maternels et des gardes à domicile.

¹¹² Tous les taux d'évolution des prestations présentés à partir d'ici sont des taux d'évolution hors revalorisation.

Tableau 1. Masses financières des prestations familiales

En Millions d'€

	2009	Evol	2010	Evol	Composition	2011	Evol
Total hors prestations extralégales et hors aides au logement	30 055	3,3%	30 181	0,4%	100%	30 680	1,7%
Prestations d'entretien en faveur de la famille	16 916	2,0%	16 740	-1,0%	55%	16 825	0,5%
allocation familiales	12 535	1,6%	12 367	-1,3%	41%	12 427	0,5%
complément familial	1 629	2,1%	1 632	0,2%	5%	1 647	0,9%
allocation de soutien familial	1 257	8,1%	1 253	-0,3%	4%	1 257	0,3%
allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 495	0,5%	1 489	-0,4%	5%	1 495	0,4%
Prestations en faveur de la petite enfance	12 152	4,5%	12 431	2,3%	41%	12 811	3,1%
Prestations d'entretien (alloc. Base + primes)	4 888	2,9%	4 905	0,3%	16%	4 963	1,2%
Complément de mode de garde - assistante maternelle	4 569	8,5%	4 932	7,0%	16%	5 236	6,8%
Cotisations prise en charge	2 506	9,2%	2 720	8,0%	9%	2 888	6,7%
Rémunérations prise en charge	2 064	13,0%	2 212	7,7%	7%	2 349	6,9%
Complément de mode de garde - employé à domicile	335	-10,4%	369	-3,3%	1%	425	13,0%
Cotisations prise en charge	168	3,0%	177	2,3%	1%	204	6,0%
Rémunérations prise en charge	168	39,0%	192	7,8%	1%	221	6,9%
Allocation versée pendant le congé parental (CLCA...)	2 310	0,1%	2 227	-3,6%	7%	2 187	-1,8%
Autres prestations (AGED, AFEAMA)	49	-68,1%	-2		0%	0	
Autres prestations (AEEH, frais de tutelle)	987	12,8%	1 010	2,3%	3%	1 043	3,3%

Source : DSS (SDEPF/6A). Champ : tous régimes, France entière.

Encadré 1 : les paramètres déterminant l'évolution des prestations familiales

La revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) au 1^{er} janvier de l'année N est égale à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N corrigée, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N et de l'ajustement entre l'inflation de l'année N-2 établie dans le rapport économique, social et financier de N-1 et l'inflation définitive constatée pour N-2. La révision de la BMAF s'applique aux prestations versées à partir du 1^{er} janvier au titre de l'année N.

La revalorisation pour 2011 correspond à l'hypothèse d'inflation retenue dans le PLF 2011 (+1,5%). L'ajustement est nul car se décomposant en deux effets contraires d'ampleur identique :

- une révision à la hausse de 0,3 point correspondant à l'écart réactualisé au titre de 2010 entre l'inflation figurant dans le rapport économique, social et financier pour la loi de finances pour 2010 (+1,2%) et sa réactualisation pour le rapport annexé à la loi de finances pour 2011 (+1,5%) ;
- une révision à la baisse de 0,3 point correspondant à l'écart entre l'inflation réalisée pour l'année 2009 (+0,1%) et la prévision qui avait été retenue dans le rapport économique, social et financier associé à la loi de finances pour 2010, à l'automne 2009 (+0,4%).

	2008	2009	2010	2011
Estimation de l'inflation hors tabac retenue pour l'année n	1,6%	1,5%	1,2%	1,5%
Ajustement sur n-1*	-0,6%	1,3%	-1,1%	-0,3%
Ajustement sur n-2*		0,2%	-0,1%	0,3%
Revalorisation totale	1,0%	3,0%	0,0%	1,5%
Coût en Millions d'euros	260	810	0	410
Inflation constatée	2,8%	0,1%	1,5%	1,8% (p)

Source : DSS (SDEPF/6A)

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation

La revalorisation des plafonds de ressources se fait au 1^{er} janvier de l'année N en fonction de l'inflation constatée de l'année N-2. Les plafonds de ressources concernent certaines prestations (CF, ARS, prime et allocation de base de la PAJE) et diffèrent selon les prestations. Lors de la revalorisation des plafonds, les ressources des allocataires de N-2, issues de leur déclaration fiscale de N-1, sont confrontées aux nouveaux plafonds. Lorsque les plafonds évoluent moins vite que les ressources, un certain nombre d'allocataires sont exclus mécaniquement : c'est ce que l'on appelle un effet plafond négatif.

En 2010, les effets plafonds étaient légèrement positifs : la forte inflation de 2008 (2,8%) avait été supérieure à la progression moyenne des ressources des allocataires, que l'on peut approximer par la progression du SMPT corrigé du chômage qui était alors de 2,5%. En 2011, les effets plafonds estimés par la CNAF sont négatifs. La progression des ressources 2009 était faible, le SMPT corrigé du chômage augmentant de 1,1%, mais celle de l'inflation était encore plus faible (0,1%).

Deuxièmement, la mesure d'unification des deux majorations pour âge¹¹³ diminue le montant de l'allocation moyenne. LA CNAF estime que cette mesure explique 1,5 point de la baisse de l'allocation moyenne en 2010 et 1 point en 2011.

L'ARS, allocation sous condition de ressources, varie en fonction du nombre d'enfants et de leur âge. L'ARS se réduit de 0,4% en 2010 et de 1,1% en 2011 car le nombre de bénéficiaires tend à baisser : en 2010, malgré un effet plafond positif (cf. encadré 1), le nombre de bénéficiaires a diminué de 0,3% et en 2011, la baisse tendancielle des allocataires couplée à un effet plafond négatif se traduirait par une réduction de 1,1% du nombre de bénéficiaires.

Le complément familial (CF) est une prestation forfaitaire, également sous condition de ressources. En 2010, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 0,2%, du fait d'un effet plafond positif ; en 2011 en revanche, le nombre de bénéficiaires baisserait de 0,6%, puisque l'effet plafond est négatif.

Les prestations de la PAJE sont très dynamiques, notamment les compléments de mode de garde

Les aides pour la petite enfance sont en constante augmentation même si elles ralentissent légèrement en 2011 (1,5% contre 2% en 2010).

La prime à la naissance et l'allocation de base de la PAJE sont des allocations forfaitaires sous une condition de ressource peu restrictive. Ces primes sont peu dynamiques conformément à la chronique des naissances qui restent stables, environ 830 000 naissances par an depuis 2006. Le nombre de bénéficiaires de ces deux prestations avait légèrement augmenté en 2010 (0,3%), tiré par une augmentation de 0,3% des naissances cette année-là, mais il serait en baisse de 0,3% en 2011 (cf. graphique 3) du fait d'un effet plafond négatif.

Les aides pour la garde d'enfants (complément mode de garde de la PAJE) sont très dynamiques. Ces aides dépendent à la fois du nombre de familles potentielles, de l'offre de garde disponible et du comportement des ménages en matière de garde d'enfants. Après une augmentation, hors revalorisation, de 7,5% en 2010, elles croîtraient de 5,2% en 2011. Leur dynamisme fait qu'elles représentent désormais plus de 44% des aides pour la petite enfance contre 39% en 2008. Le nombre de bénéficiaires des compléments de mode de garde est en constante augmentation : le CMG en cas de recours à un assistant maternel (cotisations et rémunérations prises en charge) représente 94% des CMG en 2011 et verrait le nombre de bénéficiaires progresser de plus de 4,5% en 2011.

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) serait en baisse en 2011 (-3,4%). Le nombre de bénéficiaires serait stable mais l'allocation moyenne estimée baisserait de 3,4% du fait de changement de comportements. En effet, la tendance des bénéficiaires du CLCA à choisir plus fréquemment un congé à taux partiel, moins rémunéré, se poursuivrait.

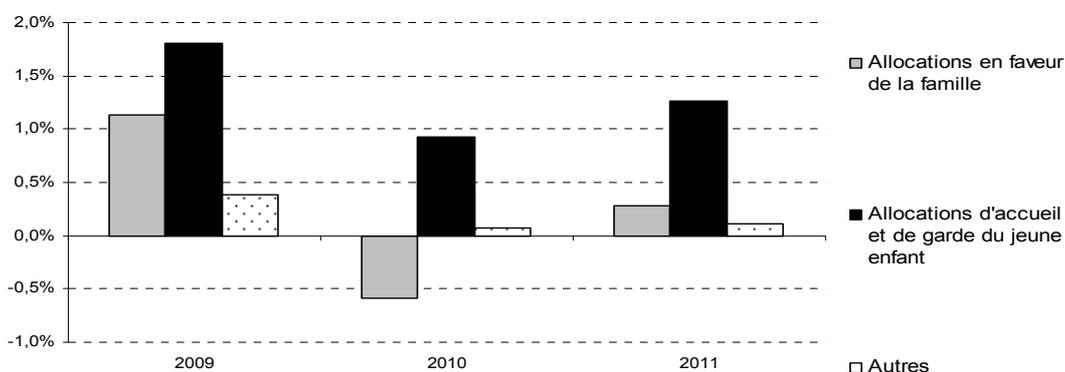
L'AAEH contribue à la croissance des dépenses

Les autres dépenses (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) et frais de tutelle) représentent 3% de l'ensemble des prestations, soit un peu plus de 1 Md€.

Alors que les frais de tutelle tendraient à ralentir (1% contre 4% en 2010), l'AAEH continuerait de progresser (2,3% contre 1,4%) sous l'impulsion de l'augmentation du nombre de bénéficiaires. En 2008, une partie des bénéficiaires de l'AAEH avait basculé vers la PCH. En 2010 ce basculement expliquait encore 0,9 point de baisse du nombre de bénéficiaires, mais en 2011 cet effet s'estomperait.

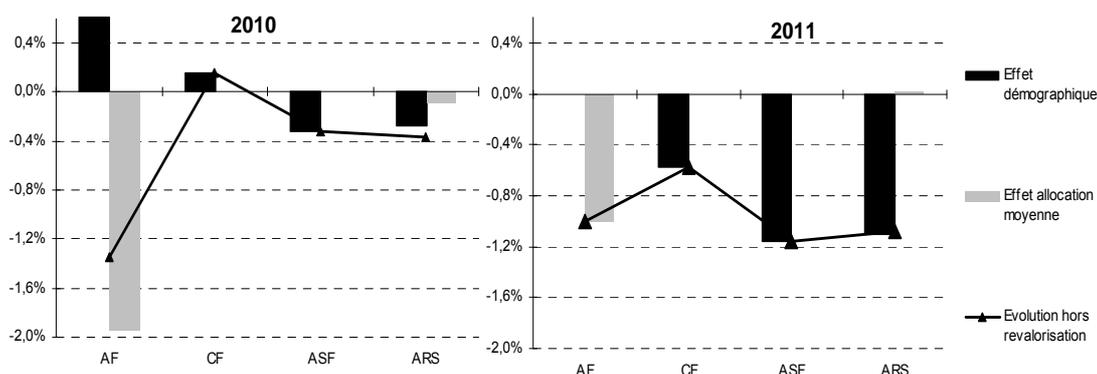
¹¹³ Depuis mai 2008, la majoration pour âge des enfants de 11 à 13 ans a été supprimée. A partir de juin 2011, l'alignement, à la hausse, de la majoration servie à 14 et 15 ans sur le montant de celle servie à compter de 16 ans réduira l'économie.

Graphique 1. Contribution à la croissance des prestations familiales par type de prestation



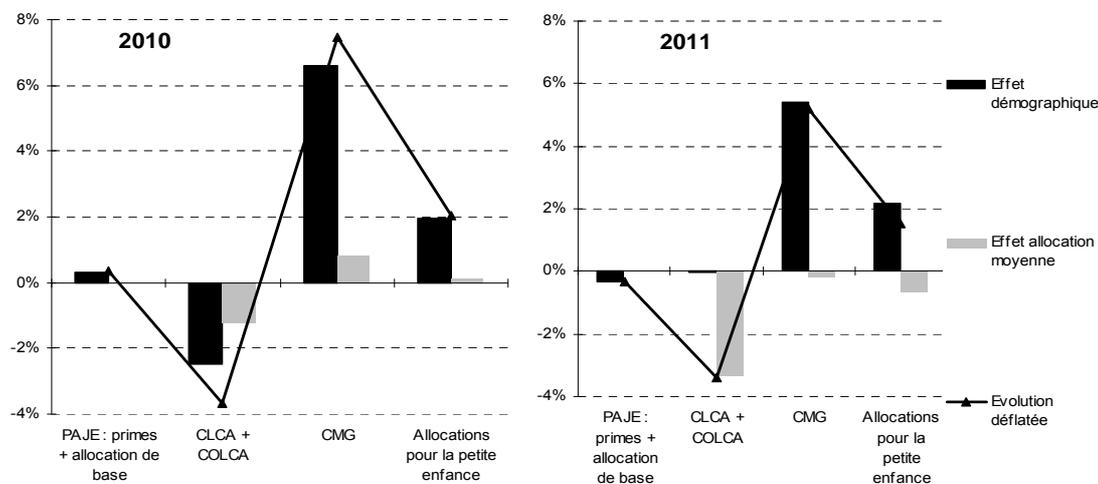
Source : DSS (SDEPF/6A), à partir des données de transmises par la CNAF.

Graphique 2. Décomposition de l'effet non prix des allocations en faveur de la famille pour les évolutions 2010 et 2011



Source : DSS (SDEPF/6A), à partir des données de transmises par la CNAF.

Graphique 3. Décomposition de l'effet non prix des allocations d'accueil et de garde du jeune enfant pour les évolutions 2010 et 2011



Source : DSS (SDEPF/6A), à partir des données de transmises par la CNAF.

14.2. LES AIDES AU LOGEMENT

La dépense au titre des aides au logement¹¹⁴ a approché les 15,9¹¹⁵ Md€ en 2010 et devrait dépasser les 16,4 Md€ en 2011. Presque 51 % des aides au logement sont financées par la branche famille de la sécurité sociale (cf. graphique 1). Les aides au logement financées par la CNAF représentent 19,3% des prestations sociales financées par la CNAF en 2010.

Une progression modérée des dépenses en 2010, en dépit de la dégradation de la conjoncture

Les aides au logement ont ralenti en 2009 (2,5%) et ce mouvement s'est poursuivi en 2010 (1,7%).

Les aides au logement, dont les barèmes sont dégressifs, sont par construction sensibles à l'évolution des revenus. Toutefois, elles enregistrent avec retard ces évolutions, les revenus retenus dans la base ressources étant ceux de l'année N-2. Elles sont aussi réactives à l'évolution du chômage : en effet, lorsque depuis deux mois consécutifs, le titulaire d'une allocation logement est au chômage, ses ressources sont abattues de 30% pour le calcul des prestations. A cet égard, l'évolution des aides au logement constatée en 2010 semble faible alors que le chômage a connu une forte augmentation en 2009. Mais l'effet du chômage sur ces dépenses a été contrebalancé par la faible revalorisation des loyers plafonds (0,3%)¹¹⁶ et par la progression des revenus en 2008 retenus pour le calcul des aides versées en 2010 (+1,7%). D'autres facteurs ont contribué à cette faible progression des dépenses (cf. encadré 1).

L'APL est la prestation la plus dynamique (+2,2% en 2010), les dépenses d'ALF et d'ALS n'ayant crû que de 1,3% (cf. graphique 2). Il est possible que les ménages habitant dans le parc conventionné aient été plus exposés à la dégradation du marché du travail que ceux logeant dans le parc privé.

En 2011, les dépenses devraient repartir à la hausse

En 2011, les dépenses d'aides au logement devraient repartir à la hausse (2,6%), l'APL restant la prestation la plus dynamique.

La prise en compte, pour le calcul des aides, des revenus de 2009, qui ont fortement ralenti du fait de la crise économique (+1,3%), expliquerait une partie de cette accélération des dépenses en 2011. Par ailleurs, les loyers plafonds ont augmenté significativement en 2011 (1,1% contre 0,3% en 2010), ce qui jouerait à la hausse sur les montants versés.

La part financée par la branche famille de la sécurité sociale baisse légèrement

La part des aides au logement financée par la branche famille de la sécurité sociale approchait les 51% en 2010, soit 8,1 Md€. En 2011, cette part resterait stable, pour 8,3 Md€ de dépenses (+2,7%). Le financement de l'APL devrait représenter 49% des dépenses d'aides au logement de la CNAF en 2011, la part de la branche famille dans le financement de l'APL étant supposée stable en 2011¹¹⁷.

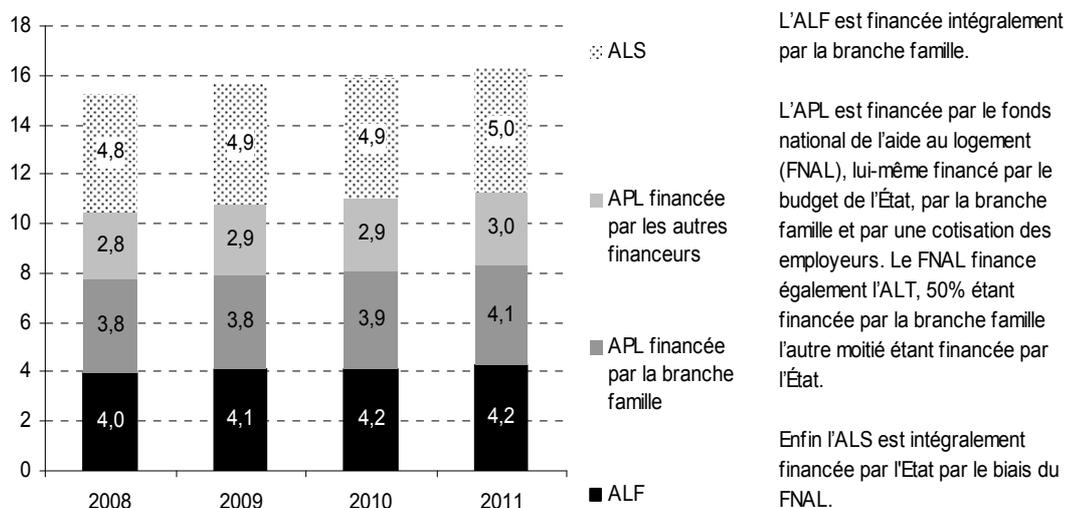
¹¹⁴ Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'aide personnalisée au logement (APL) pour les ménages, avec ou sans enfants, occupant un logement du parc conventionné, l'allocation de logement à caractère familial (ALF) pour les familles (en dehors du parc conventionné) ainsi que l'allocation de logement à caractère social (ALS) pour les ménages sans enfant ni personne à charge (en dehors du parc conventionné).

¹¹⁵ Le montant annoncé concerne l'ALF, l'ALS et l'APL. L'ALT est ici négligée.

¹¹⁶ Une grande majorité d'allocataires, principalement ceux qui ont un logement dans le parc immobilier privé, ont un loyer supérieur au loyer plafond. Ainsi l'évolution de leur aide au logement est complètement dépendante de la revalorisation des loyers plafonds.

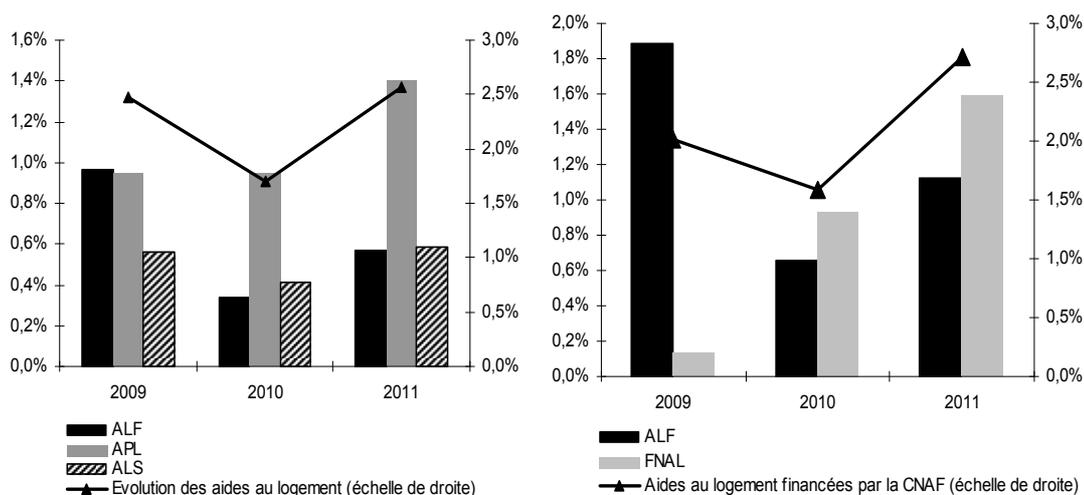
¹¹⁷ La part du FNAL financée par la Sécurité sociale est variable suivant les dépenses réelles d'APL perçues par les familles, l'Etat finançant la part d'APL versée aux ménages sans enfant.

Graphique 1. Répartition du financement des aides au logement (en Md€)



Source : DSS (SDEPF/6A) et CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Graphique 2. Evolution globale des aides au logement et contributions des différentes aides. Evolution des aides financées par la CNAF et contributions.



Source : DSS (SDEPF/6A) et CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Note de lecture : En 2011, les aides au logement augmentent de 2,6%. L'ALF contribue pour 0,6 point à cette évolution, l'APL pour 1,4 point et l'ALS pour 0,6 point.

Encadré 1. Des dépenses d'aides au logement peu dynamiques en 2010

Plusieurs facteurs autres que ceux évoqués ci-contre ont pu masquer pour partie l'impact de la hausse du chômage sur les dépenses d'allocations logement en 2010 :

- les dépenses d'aides au logement versées aux ménages accédant à la propriété ont baissé en 2010 ; ainsi, le nombre d'accédants à la propriété aurait diminué de 6 % en 2010.
- un ralentissement du recours à l'ALS par des étudiants est observé à la rentrée 2010 (2% de bénéficiaires en moins par rapport à 2009) ; ces moindres décohabitations du domicile familial expliqueraient à la fois l'augmentation des dépenses d'APL et la faible progression de celles d'ALS.

15.

ECLAIRAGES FAMILLE

15.1. LE DÉVELOPPEMENT DE LA GARDE D'ENFANTS

En 2010, la branche famille a consacré plus de 7 Md€ à la garde des enfants de moins de six ans. 28% sont dédiés à la garde collective en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et 72% à la garde individuelle par un assistant maternel ou un employé à domicile (tableau 1). La branche famille n'est pas le seul acteur de l'organisation des modes de garde formels des enfants. Outre l'obligation qu'elle a d'accueillir tous les enfants de trois ans et plus lorsque les parents en font la demande, l'éducation nationale a aussi la possibilité d'admettre dans les classes préélémentaires des enfants dès l'âge de deux ans dans la limite des places disponibles. Les différents modes de garde formels permettent d'accueillir près de la moitié des enfants de moins de trois ans¹¹⁸.

La branche famille consacre des crédits croissants au développement de la garde d'enfants

100 000 places supplémentaires d'accueil collectif d'ici 2012

Les pouvoirs publics décident régulièrement des plans d'accroissement du nombre de places d'accueil des jeunes enfants, que la branche famille met en œuvre à l'aide de ses instruments financiers et contractuels. Le 7^{ème} plan crèche, lancé en 2009, a pour objectif la création de 30 000 nouvelles places sur 4 ans qui s'ajouteront aux créations de places prévues dans les précédents plans crèches pour atteindre l'objectif des 100 000 places supplémentaires d'accueil collectif de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAF pour 2009-2012. Sur les deux années 2009 et 2010, parmi les 42 000 places créées¹¹⁹, près de 17 000 correspondent à une amélioration du taux d'occupation des crèches, et environ 25 000 sont des places nouvelles (tableau 2). Parmi ces places, un peu moins de la moitié a été créée dans le cadre des plans crèches, l'autre moitié correspondant à des places financées pour leur fonctionnement par la CNAF sans pour autant bénéficier des fonds d'investissement (soit hors plans crèches).

Depuis 2002, début de la montée en charge du 1^{er} plan crèche, la branche famille finance entre 3 000 et 10 000 places supplémentaires par an (cf. graphique 1). En 2010, elle a dépensé 2,1 Mds€ pour les EAJE dont 76 M€ en investissement correspondant à la construction d'établissements dans le cadre des différents plans crèches (cf. tableau 1). Entre 2006 et 2010, les dépenses liées à la création et au fonctionnement des EAJE ont augmenté de près de 17%. Elles ont été particulièrement dynamiques en 2010, en hausse de 8% après des hausses annuelles moyennes de 2,6% entre 2007 et 2009, sous l'effet principalement de la dynamique des subventions de fonctionnement. En effet, la proportion de places créées hors plan crèches est en hausse.

...et 100 000 enfants supplémentaires gardés par un assistant maternel

En plus des 100 000 places dans les structures collectives, le programme de développement de la garde d'enfant des pouvoirs publics prévoit l'accueil de 100 000 enfants supplémentaires en accueil individuel auprès d'assistants maternels d'ici 2012. Pour développer l'accueil individuel, deux mesures ont été mises en place en janvier 2009 : la possibilité d'accueillir simultanément quatre enfants au domicile d'un assistant maternel au lieu de trois ainsi que la création des maisons d'assistants maternels permettant de faciliter l'accueil de plusieurs enfants dans un même lieu. Il est néanmoins encore trop tôt pour estimer l'impact de la mise en place de ces deux mesures.

¹¹⁸ Projet de loi de financement de la sécurité sociale- programme de qualité et d'efficience 2011-indicateur n°8.

¹¹⁹ Ces effectifs ne tiennent pas compte des effectifs des crèches non financées par la prestation de service unique (PSU) de la CNAF. Environ 5 000 places ont par ailleurs été supprimées.

Tableau 1 : dépenses totales consacrées à la garde d'enfants par la branche famille (en M€)

	2006	2007	2008	2009	2010
Dépense totale garde individuelle (cotisations sociales+CMG)	3 669,8	3 987,7	4 567,8	4 954,0	5 300,5
<i>évolution annuelle</i>		8,7%	14,5%	8,5%	7,0%
dont aide à la garde par un assistant maternel	3 461,5	3 741,4	4 265,9	4 612,0	4 931,5
<i>évolution annuelle</i>		8,1%	14,0%	8,1%	6,9%
Dépense totale EAJE	1 778,1	1 807,5	1 866,4	1 918,9	2 072,2
<i>évolution annuelle</i>		1,7%	3,3%	2,8%	8,0%
dont subventions de fonctionnement	1 676,6	1 707,6	1 764,1	1 845,6	1 995,9
dont subventions d'investissement	101,5	99,9	102,2	73,3	76,3
Dépenses totales	5 447,9	5 795,2	6 434,2	6 872,9	7 372,7
<i>évolution annuelle</i>		6,4%	11,0%	6,8%	7,3%

Source : CNAF-DSS

Champ : tous régimes/ France entière (hors régularisation)

Note : les dépenses de fonctionnement n'intègrent que les dépenses de la branche famille. Elles n'intègrent pas les fonds propres des EAJE.

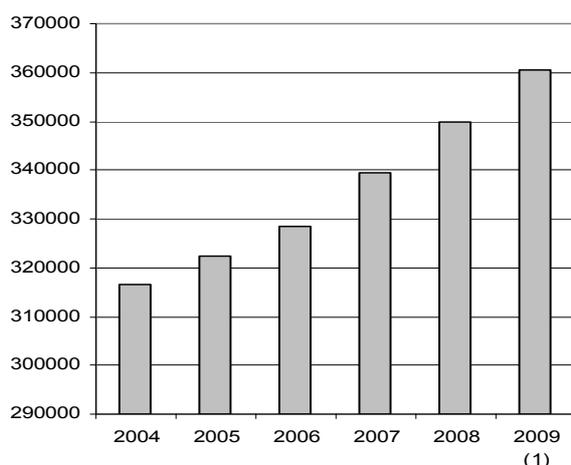
Tableau 2 : suivi de la COG 2009-2012, objectifs et réalisations de créations de places en établissements d'accueil du jeune enfant

	Objectif à terme 2012	réalisations 2009	réalisations 2010 *	réalisations cumulées 2009-2010*
Total places physiques	60 407	12 397	12 425	24 822
<i>dont places hors plans crèches</i>		6 215	4 849	11 064
Augmentation de fréquentation par place (AFP)	39 593	8 175	8 638	16 813

Source : CNAF – remontées tableaux mensuels stratégiques

* données provisoires

Champ : France entière, places financées par le Fnas en fonctionnement (exclut les micro-crèches PAJE financées par le Fnas en investissement), y compris les places hors plans crèches financées par la CNAF uniquement sur la partie fonctionnement.

Graphique 1 : nombre de places agréées par EAJE depuis 2004

(1) données estimées

Source : CNAF (RNDC)-DREES

Champ : France entière, y compris places non financées par une prestation de service

Note : les données de 2002 et 2003 ayant été calculées sur un autre champ, elles n'apparaissent pas sur le graphique.

Depuis 2006, le nombre d'enfants accueillis est en constante augmentation. En 2010, les assistants maternels ont accueilli près de 940 000 enfants âgés de 0 à 6 ans, soit près de 60% de plus qu'en 2006 (cf. graphique 2). Bien que moins nombreux, ce sont surtout les enfants âgés de 3 à 6 ans qui sont concernés par la hausse. Entre 2006 et 2010, l'accueil des enfants de moins de trois ans a augmenté de 18% tandis que l'accueil des enfants de 3 à 6 ans a été multiplié par trois. Alors que le nombre d'enfants de moins de trois ans accueillis par assistant maternel est resté identique entre 2006 et 2010 (2 enfants environ en moyenne), le nombre d'enfants de 3 à 6 ans est passé de 0,3 à 1 enfant. Parallèlement, le nombre d'assistants maternels a augmenté de 23% entre 2006 et 2010, au même rythme que celui des enfants de moins de trois ans. En moyenne sur la période 2006-2010, ce sont 22 500 enfants de moins de trois ans supplémentaires qui ont été accueillis chaque année.

La branche famille a dépensé plus de 5 Md€ en 2010 pour l'aide à la garde individuelle correspondant à la prise en charge d'une partie de la rémunération des employés à domicile et des assistants maternels, dont les cotisations sociales, *via* le complément mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (cf. tableau 1). La majorité de ces dépenses (93%) concerne l'emploi des assistants maternels. Entre 2006 et 2010, les dépenses liées à la garde individuelle des enfants de moins de 6 ans ont augmenté de 45%, en raison non seulement de l'augmentation du nombre d'enfants accueillis, mais aussi de l'amélioration de la prise en charge. Ainsi, en 2008, année de forte progression des dépenses, le montant maximum du CMG accordé aux familles à revenus modestes a été augmenté de 50 € pour les enfants de moins de trois ans (et de 25 € pour ceux de 3 à 6 ans).

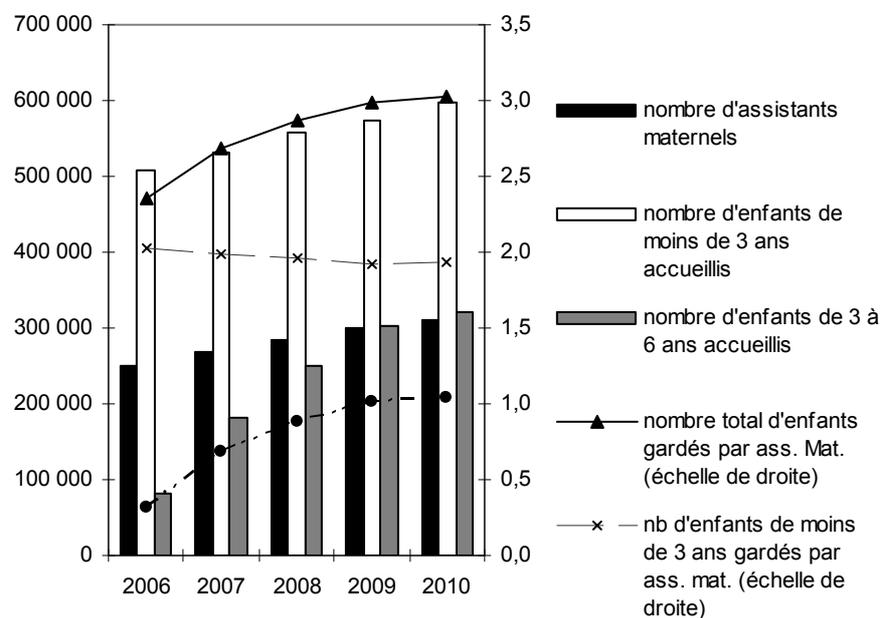
Les besoins de garde à venir restent importants

L'accueil des enfants de moins de trois ans passe aussi par le système scolaire ce qui constitue une spécificité française. En effet, si les écoles maternelles sont tenues de scolariser les enfants de trois ans et plus, elles accueillent aussi des enfants de deux ans en fonction du nombre de places disponibles.

L'augmentation de la taille des générations nées après 2000 (+6% d'enfants nés dans la décennie 2000 par rapport aux enfants nés dans la décennie précédente) a conduit l'Education nationale à prioriser l'accueil des enfants de plus de trois ans. Le taux de scolarisation à deux ans a donc diminué, passant de 35% à 15% entre 2000 et 2009. Même s'il existe une grande variété d'arrangements familiaux possibles pour assurer la garde des enfants de moins de 3 ans, ce phénomène renforce le besoin en modes de garde formels (EAJE et assistants maternels).

Des efforts notables ont donc été accomplis ces dernières années pour faciliter la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle des parents d'enfants de moins de 3 ans, mais l'enjeu du développement des modes de garde reste néanmoins encore important, et ce d'autant que la France est l'un des pays européens les plus performants en matière de natalité.

Graphique 2 : Nombre d'assistants maternels et d'enfants gardés par assistant maternel depuis 2006



Source : ACOSS- Pajemploi.

Champ : France entière – données au 31 décembre.

15.2. LES BÉNÉFICIAIRES DES AIDES AU LOGEMENT

Les aides au logement (allocation de logement familiale (ALF), allocation de logement sociale (ALS) et aide personnalisée au logement (APL)) permettent de diminuer l'effort financier des ménages à revenus modestes en matière de dépenses de logement, principalement dans le secteur locatif (près de 90% des dépenses) mais aussi dans le cadre de l'accession à la propriété (cf. encadré 1).

En 2009, près de 6,1 millions d'allocataires bénéficient d'une allocation logement pour une dépense totale, financée par la branche famille de la sécurité sociale et l'Etat, de 15,1 Md€ (cf. tableau 1). 42% des allocataires bénéficient de l'APL, 37% de l'ALS et 22% de l'ALF. Le coût pour la branche famille est de 7,7 Md€ en 2009 (soit 17% de ses dépenses) – à raison du financement de l'intégralité de l'ALF (4 Md€) et de 57,6% de l'APL (3,7 Md€) en 2009. Les 7,4 Md€ restants sont pris en charge par l'Etat.

Entre 1999 et 2009, le montant total des dépenses d'aides au logement a augmenté de 9,3% (cf. graphique 1). Toutefois, la part des aides au logement dans l'ensemble des prestations servies est restée constante (26% en 2009 contre 28% en 1999).

Encadré 1 – Les aides au logement

Les aides personnalisées au logement (APL) sont accordées, indépendamment de la composition familiale, aux locataires d'un logement conventionné ou aux accédants à la propriété sous conditions particulières de prêts aidés par l'Etat (prêt d'accession sociale, prêt conventionné ou prêt aidé à l'accession à la propriété).

L'allocation logement à caractère familial (ALF) s'adresse aux familles avec enfant, ascendant ou personne handicapée à charge ne relevant pas de l'APL. Elle bénéficie aussi aux jeunes couples mariés depuis moins de 5 ans et dont l'un des deux conjoints a moins de 40 ans.

Enfin, **l'allocation logement à caractère social (ALS)** est attribuée aux personnes ne relevant ni de l'APL ni de l'ALF. Cette aide vise particulièrement les jeunes (étudiants ou non) et les personnes âgées.

Les bénéficiaires des aides au logement sont majoritairement des personnes isolées sans enfant

En 2009, parmi l'ensemble des bénéficiaires des aides au logement, 71% des bénéficiaires vivent isolés et 58% sont sans personne à charge¹²⁰ (cf. tableau 2). Les trois quarts des allocataires vivant seuls n'ont pas d'enfants, alors que les trois quarts des couples ont des enfants à charge.

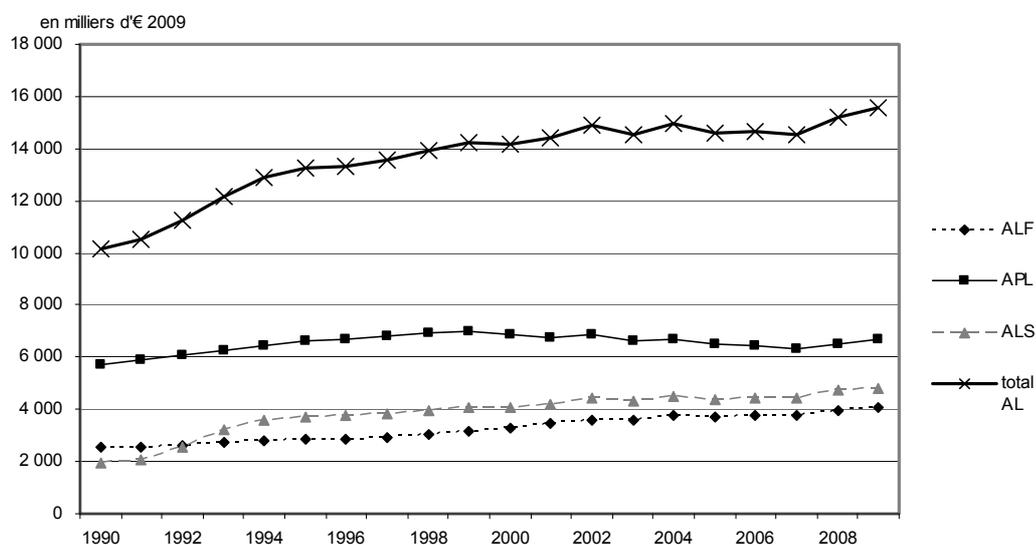
Plus du tiers des bénéficiaires d'une aide au logement sont des actifs occupés, près d'un tiers sont inactifs (retraités ou étudiants), et 12 % sont au chômage (cf. graphique 2).

Par construction, les allocations logement visent chacune un public particulier

Les allocations logement à caractère familial (ALF) et social (ALS) visent des publics particuliers (cf. encadré 1). Compte tenu des conditions d'accès à la prestation, la quasi-totalité des bénéficiaires de l'ALF ont des personnes à charge, sauf s'il s'agit de jeunes couples mariés depuis moins de cinq ans¹²¹ ainsi que de femmes enceintes (isolées ou non). En revanche, l'ALS est servie à des personnes isolées sans enfant ou ascendant à charge (en majorité retraités ou étudiants).

¹²⁰ Sont considérés « à charge » au sens des prestations familiales : les enfants âgés de moins de 21 ans sans revenu ainsi que les ascendants de plus de 65 ans (ou de 60 ans, s'ils sont inaptes au travail, anciens déportés, internés ou anciens combattants) ou enfin un autre membre de la famille atteint d'une infirmité entraînant une incapacité permanente à se procurer un emploi.

¹²¹ Les couples sans personne à charge peuvent bénéficier de l'ALF s'ils sont mariés depuis moins de 5 ans et si l'un des conjoints est âgé de moins de 40 ans.

Graphique 1 – Evolution des dépenses totales d'aides au logement de 1990 à 2009

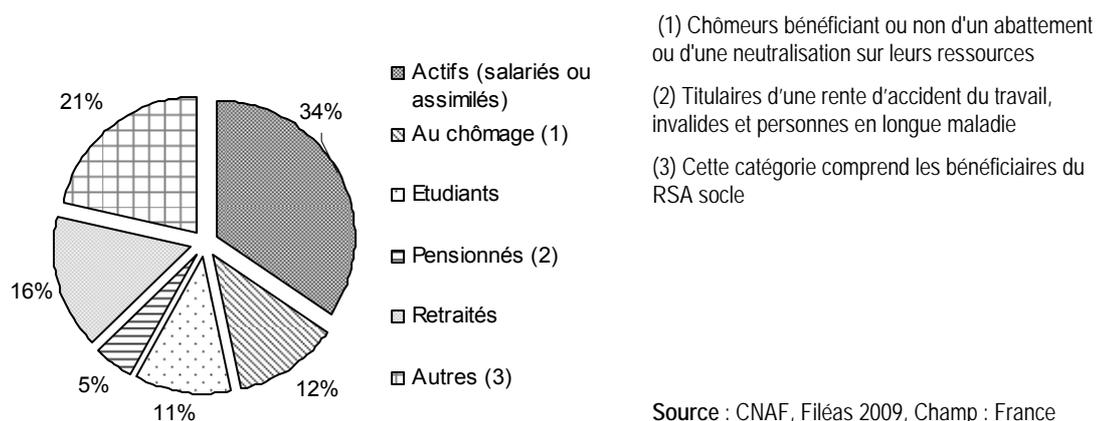
Source : CNAF.

Champ : France entière, tous régimes.

Tableau 1 – Effectifs des bénéficiaires et coût des aides au logement en 2009

	APL	ALF	ALS	Ensemble
Effectif en milliers	2516	1307	2235	6058
<i>(part dans le total)</i>	42%	22%	37%	100%
Coût total en M€	6 449,5	3 981,2	4 628,2	15 058,9
<i>(part financée par la branche Famille)</i>	57,6%	100,0%	0%	51,1%

Champ : France entière, régime général Source : CNAF, Filéas 2009.

Graphique 2 - Situation familiale des bénéficiaires des aides au logement en 2009

Source : CNAF, Filéas 2009, Champ : France métropolitaine, régime général.

L'APL est quant à elle versée sans condition sur la composition familiale (cf. encadré 1). Deux tiers des allocataires de l'APL vivent isolés¹²², dont un tiers avec une ou plusieurs personnes à charge (cf. tableau 2).

L'aide moyenne est la plus élevée pour les familles monoparentales avec 3 enfants et plus

Parmi les personnes isolées, le montant d'aide moyenne croît avec le nombre d'enfants. Ainsi, en 2009 une personne seule sans enfant bénéficie en moyenne d'un montant d'AL de 174 € alors qu'une famille monoparentale avec trois enfants et plus a une aide moyenne de 381 € (cf. tableau 3). En revanche, parmi les couples, l'aide moyenne ne progresse pas avec le nombre d'enfants à charge quand celui-ci reste inférieur à deux, car bien que le barème tienne compte de la configuration familiale, on observe un lien positif entre revenu et nombre d'enfants (cf. graphique 3). L'aide moyenne pour les familles avec deux enfants est ainsi comparable à celle des couples sans enfant (207 € contre 206 €). Ce n'est qu'à partir du troisième enfant que l'aide est sensiblement plus élevée pour les couples.

Les actifs occupés bénéficient des aides moyennes les moins élevées, compte tenu du niveau de leurs ressources. A l'opposé, les « autres » allocataires, composés en majorité des bénéficiaires du RSA socle, bénéficient de l'aide moyenne la plus importante du fait de leurs faibles ressources.

Un quart des bénéficiaires ne dispose d'aucune des ressources retenues pour le calcul des allocations logement

Les aides au logement font partie des prestations sous condition de ressources pour lesquelles les plafonds sont particulièrement peu élevés. Il s'agit d'aides dégressives en fonction du revenu. Pour le secteur locatif, le barème est identique pour toutes les aides (APL, ALS ou ALF). En 2009, une personne isolée ne bénéficie plus d'aides au logement dès que son revenu est supérieur à 1,2 SMIC. Une famille avec trois enfants, monoparentale ou non, bénéficie des aides jusqu'à 2,5 SMIC. Un couple sans enfant ne perçoit plus d'aides lorsque son revenu est égal à 1,4 SMIC.

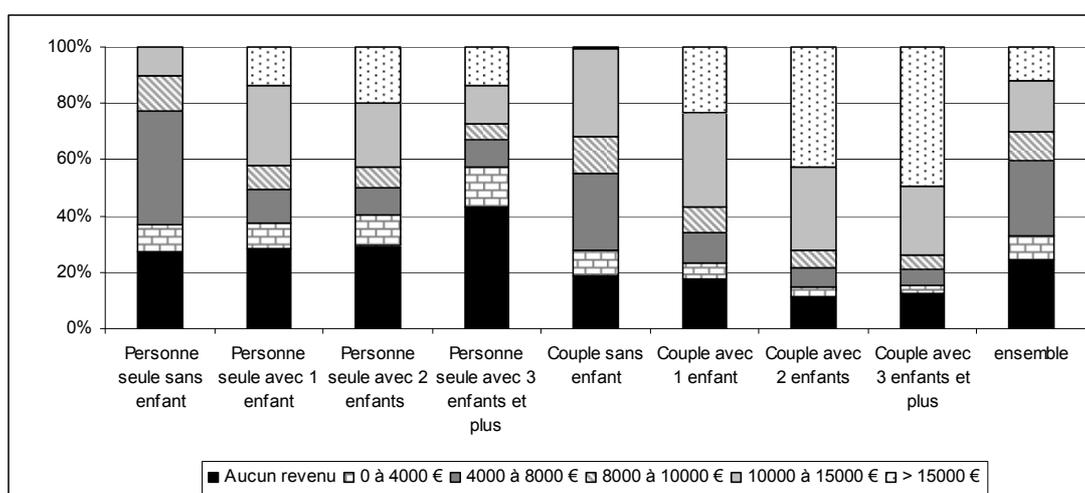
En 2009, pour un quart des allocataires, les revenus sont considérés comme nuls au sens des allocations de logement. On retrouve notamment parmi ces allocataires les bénéficiaires du RSA socle, ce dernier n'étant pas pris en compte dans la base ressource des aides. A nombre d'enfants égal, la part des personnes seules n'ayant aucune ressource au sens des aides au logement est plus importante que chez les couples. Notamment, parmi les familles monoparentales qui ont plus de deux enfants, un peu plus d'un tiers n'ont aucun revenu. Les couples avec deux enfants et plus sont plus nombreux à bénéficier de ressources annuelles supérieures à 10 000 € que les autres familles, le plafond de ressources exigé pour le bénéfice des AL augmentant avec le nombre d'enfants (cf. graphique 3).

¹²² A titre de comparaison, l'INSEE estime – même si les définitions ne sont pas exactement les mêmes – qu'en 2006 la population française comptait 32,8% de personnes isolées sans enfant, 8,6 % de familles monoparentales, 26,8% de couples sans enfant, et 31,8% de couples avec enfants. Ces proportions sont donc sensiblement différentes de la population des allocataires logement.

Tableau 2 – Répartition des aides selon la configuration familiale de l'allocataire en 2009

<i>en %</i>	APL	ALF	ALS	Total
Isolé sans personne à charge	43,8	0,4	89,2	51,2
Isolé avec personne(s) à charge	23,6	46,2	0,0	19,8
Couple sans personne à charge	7,0	2,3	10,8	7,4
Couple avec personne(s) à charge	25,7	51,1	0,0	21,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>dont isolé</i>	67,4	46,6	89,2	70,9
<i>dont couple</i>	32,6	53,4	10,8	29,1

Champ : France métropolitaine, régime général Source : CNAF, fichier Filéas.

Graphique 3 – Les ressources annuelles des allocataires par configuration familiale en 2009

Source CNAF, Filéas 2009, Champ : France métropolitaine, régime général

Note : il s'agit des ressources servant au calcul des aides au logement du dernier mois de versement de l'année 2009.

Tableau 3 – Aide au logement mensuelle moyenne en fonction du type d'activité et de la configuration familiale en 2009

	Actifs occupés	Chômeurs	Etudiants	Retraités	Autres	Ensemble
Personne seule sans enfant	167	201	156	147	227	174
Personne seule avec 1 enfant	200	298	325	-	320	246
Personne seule avec 2 enfants	241	343	-	-	365	289
Personne seule avec 3 enfants et plus	324	408	-	-	429	381
Couple sans enfant	191	222	262	172	236	206
Couple avec 1 enfant	177	237	269	-	249	212
Couple avec 2 enfants	171	249	-	-	238	207
Couple avec 3 enfants et plus	218	313	-	-	299	265

Source CNAF, Filéas 2009, Champ : France métropolitaine, régime général.

Des restes à charge uniformes sur le territoire mais des disparités selon la configuration familiale

Des loyers plus élevés dans la zone III que dans la zone II

Le reste à charge des allocataires correspond au montant du loyer (hors charges) diminué du montant de l'aide. En 2009, le reste à charge moyen en France métropolitaine quelle que soit la configuration familiale correspond à 49% de la dépense de loyer hors charges.

Le montant de l'aide tient compte de la situation géographique de l'allocataire, les loyers de l'ensemble de la population (bénéficiaire ou non d'une AL) étant décroissants selon la zone, du plus élevés dans la zone I (essentiellement la région parisienne) aux moins élevés dans la zone III¹²³. Pourtant en 2009, le loyer moyen hors charges supporté par les allocataires, toutes situations familiales confondues, est plus faible en zone II (386 €) qu'en zone III (417 €) (cf. tableau 4). En revanche, le montant moyen des aides suit logiquement le barème et augmente en fonction des zones : 203 € pour la zone III, 212 € pour la zone II et 232 € pour la zone I – la moyenne en France métropolitaine s'élevant à 212 €.

Outre les loyers en moyenne plus élevés pour les allocataires résidant en zone III, un autre facteur qui explique des reste à charge plus forts en zone III qu'en zone II réside dans le niveau des ressources des allocataires. En effet, les bénéficiaires de la zone III ont des ressources plus élevées que les bénéficiaires de la zone II : en 2009, 36% des allocataires de la zone III ont des ressources annuelles supérieures à 10 000€ contre 24% de la zone II.

Des disparités de reste à charge en fonction de la configuration familiale

Pour les familles monoparentales, la part du reste à charge dans le loyer hors charges est dégressive avec la taille de la famille, quelle que soit la zone d'habitation. Ainsi, le reste à charge d'une personne seule avec un enfant s'élève à 42% du loyer et à 26% pour une personne isolée élevant 3 enfants (cf. tableau 4).

Pour les couples, au contraire, la part du reste à charge augmente lorsque la famille s'agrandit, et ce quelle que soit la zone d'habitation : de 50% pour les couples sans enfant, elle passe à 60 % pour les parents de deux enfants. Cependant, dès que le couple élève au moins trois enfants, ce reste à charge diminue, repassant à la moitié du loyer hors charges. En effet, quelle que soit la zone d'habitation, les couples avec deux enfants sont plus nombreux à disposer de ressources importantes que les couples avec un enfant : en 2009, 43% des couples bénéficiaires des allocations logement avec deux enfants ont des ressources annuelles supérieures à 15 000 € contre 23% des couples avec un enfant (cf. graphique 3). Il n'en va pas de même parmi les familles monoparentales. La part des bénéficiaires les plus aisés est quasiment identique que les familles aient un ou deux enfants : 14 % des familles avec un enfant contre 20% des familles qui ont deux enfants ont des revenus supérieurs à 15 000 €. De ce fait, la part du reste à charge pour les couples est beaucoup plus élevée que pour les personnes seules dès lors qu'ils ont des enfants (52% pour les couples avec trois enfants contre 26% pour une personne seule élevant aussi 3 enfants). Lorsqu'ils n'ont pas d'enfants, les foyers contribuent de manière équivalente à la moitié de la dépense de loyer.

¹²³ La zone I couvre la quasi-totalité de l'Île-de-France, la zone II compte le reste de l'Île-de-France ainsi que les grandes agglomérations de province, et enfin la zone III regroupe le reste de la France métropolitaine.

Encadré 2 – Mode de calcul des aides au logement

Le montant de l'aide accordée dépend du loyer (L), du montant des charges (C) et de la participation personnelle (Pp) du ménage : AL ou APL = L + C – Pp.

Le montant des charges est un forfait fonction de la composition familiale (50,59 € pour le(s) chef(s) de famille et 11,45 € par personne à charge supplémentaire, en 2009). Le montant plafonné du loyer dépend de la zone géographique du logement et de la composition familiale.

Le calcul de la participation personnelle se fait en plusieurs étapes. Elle est composée d'une participation minimale (P0) et d'un complément déterminé en fonction de la taille de la famille et de ses ressources :

$Pp = P0 + Tp * Rp$, où P0 est la participation minimale, Tp est le taux de participation personnelle et Rp est le revenu net catégoriel (RNC) de l'année N-2.

1. Taux de participation personnelle (Tp) = rapport entre le loyer plafonné (fonction de la zone géographique et de la composition familiale) et le loyer de référence (celui correspondant à la zone II, à composition familiale donnée). On applique à ce ratio un « taux de participation loyer » par tranches (seuils à 45 % et 75 % du quotient)¹²⁴. Enfin, on y ajoute le « taux famille » fonction de la composition familiale (qui diminue lorsque la taille de la famille augmente).

2. On prend en compte le RNC de l'année N-2 et s'il y a lieu on déduit les abattements sur les ressources (Rp).

3. La participation minimale (P0) est égale au maximum entre 8,5% de la dépense de logement plafonnée (loyer + charges) et 33 € en 2009.

4. Enfin on applique le taux de participation personnelle aux ressources prises en compte à l'étape 2 et on additionne ce produit avec la participation minimale calculée à l'étape 3.

Tableau 4 – Montant moyen d'aide et reste à charge en fonction de la zone géographique et de la situation familiale (en €)

	zone I	zone II	zone III	Ensemble
Loyer moyen hors charges	451	386	417	409
Aide versée moyenne	232	212	203	212
<i>reste à charge moyen (en part dans le loyer)</i>	<i>49%</i>	<i>46%</i>	<i>52%</i>	<i>49%</i>
Personne isolée sans enfant	53%	49%	52%	51%
Personne isolée 1 enfant	44%	40%	42%	42%
Personne isolée 2 enfants	41%	37%	40%	39%
Personne isolée >=3 enfants	27%	22%	28%	26%
Couple sans enfant	53%	47%	53%	50%
Couple 1 enfant	53%	50%	58%	54%
Couple 2 enfants	54%	54%	65%	60%
Couple >=3 enfants	48%	46%	58%	52%
Effectifs (en millions)	0,9	2,6	2,4	5,9

Source CNAF, Filéas 2009, **Champ** : France métropolitaine, régime général.

Note : le loyer moyen est ici calculé hors charges, hors maisons de retraites et hors loyers supérieurs à 3000.

¹²⁴ Soit R_L le ratio du loyer plafonné sur le loyer de référence. Sur la tranche de R_L inférieure à 45 %, on n'effectue aucun abattement. Sur la tranche comprise entre 45 et 75 % de R_L , on applique un taux de 0,56 %. Sur la tranche de R_L supérieure à 75 % le taux de 0,85 %.

16. LA TRESORERIE DU REGIME GENERAL

16.1. LES RELATIONS DE TRÉSORERIE ETAT – SÉCURITÉ SOCIALE

L'article 17 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a mis en place un mécanisme d'information du Parlement sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale prévoyant la transmission semestrielle d'un état des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base. Cet état retrace la situation des montants dont l'Etat reste redevable sous deux angles différents : par caisse ou régime de sécurité sociale (cf. tableau 1) et par dispositif (cf. tableau 2)¹²⁵.

Pour la première fois depuis sa création, l'état semestriel fait apparaître une créance de l'Etat sur la sécurité sociale à fin 2010, pour 0,5 Md€

L'état semestriel reflète, en accord avec les règles de neutralité instituées par la loi, la situation de trésorerie des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. La situation au 31 décembre 2010 retrace la différence entre d'une part le montant cumulé des exonérations de cotisations exigibles et des prestations versées pour le compte de l'Etat jusqu'à cette date, et d'autre part les versements cumulés effectués, jusqu'à cette même date, par l'Etat aux régimes de sécurité sociale.

Ainsi définie, la situation "brute" cumulée des dettes ou créances de l'Etat¹²⁶ fait apparaître une dette de 1,0 Md€ au 31 décembre 2010.

La situation "nette", obtenue en tenant compte des versements complémentaires de l'Etat intervenus au début de 2011 à hauteur de 1,5 Md€ en exécution de la loi de finances rectificative (LFR) pour 2010, fait apparaître pour la première fois une créance de 0,5 Md€ sur le régime général, tandis que la situation des autres régimes est globalement équilibrée.

A l'inverse, la situation nette au 31 décembre 2009 faisait apparaître une créance de la sécurité sociale sur l'Etat, de 0,7 Md€. Cet écart de 1,1 Md€ entre les situations nettes fin 2009 et fin 2010 résulte des flux suivants :

- au titre de 2010, le montant dû par l'Etat à l'ensemble des régimes de sécurité sociale s'est élevé globalement à 28,0 Md€ ;
- les versements effectués par l'Etat en 2010 ont globalement atteint 29,1 Md€ (y compris les versements en période complémentaire).

Cette nouvelle situation résulte des dispositions de la loi de finances rectificative pour 2010

La LFR de fin d'année pour 2010 a prévu l'apurement des dettes de l'Etat envers les régimes, au titre des exercices 2010 et antérieurs. Elle y a procédé via l'ouverture de crédits complémentaires, l'affectation de recettes fiscales supplémentaires et par la mobilisation de l'excédent du panier de recettes fiscales compensant les exonérations « Fillon » (ce dernier mode d'apurement n'améliore toutefois pas la trésorerie des régimes sociaux puisqu'il s'agit de recettes fiscales qui étaient déjà affectées à la sécurité sociale). Au total les sommes consacrées à cet apurement ont atteint 2,9 Md€.

¹²⁵ Pour une présentation des modalités de remboursement par l'Etat des exonérations et prestations, voir la fiche 7-1 du rapport de juin 2008

¹²⁶ Les exonérations de cotisations ou les prestations relatives aux dernières périodes de 2010 (décembre ou dernier trimestre) et qui ont été constatées ou versées au début de l'année 2011 ne sont pas prises en compte. Ces opérations, qui affectent la trésorerie des régimes en 2011, sont retracées dans les comptes 2010 de ceux-ci, lors des opérations d'inventaire, en produits à recevoir.

Tableau 1 - Etat semestriel au 31 décembre 2010, par caisse ou régime (en M€)

Nom du régime	Situation nette au 30/06/2010	Versements pour N-1 effectués entre le 1/07 et le 31/12/2010	Montants dus par l'Etat en 2010	Versements pour 2010 entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année	Situation "brute" au 31/12/2010	Versements de janvier 2011 se rattachant aux exercices antérieurs	Total pour l'état semestriel: Situation nette au 31/12/2010
	[a]	(b)	[c]	(d)	[e]=(a-b)+(c-d)	[f]	(g)=(e-f)
CNAMTS AM	63,9	211,3	2 832,3	2 401,9	283,0	428,9	-145,9
CNAMTS AT	-11,9	47,9	94,7	89,0	-54,0	9,2	-63,2
CNAF	-7,9	135,5	16 927,3	16 431,1	352,7	541,7	-188,9
CNAVTS	484,9	632,6	3 874,2	3 462,8	263,7	340,2	-76,5
REGIME GENERAL	529,0	1 027,2	23 728,5	22 384,7	845,5	1 320,0	-474,5
Banque de France	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAMIEG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CANSSM	7,3	0,1	29,7	27,3	9,6	0,0	9,6
CAVIMAC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CCIP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CCMSA sal	90,4	1,3	997,5	1 015,5	71,1	107,4	-36,3
CCMSA expl	-22,5	-0,8	221,3	208,9	-9,4	5,8	-15,2
CNAVPL	4,9	0,0	2,9	2,8	5,1	0,0	5,1
CNBF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CNIEG	2,0	2,0	25,4	10,5	14,9	0,0	14,9
CNMSS	-7,0	0,0	36,3	50,8	-21,5	0,0	-21,5
CNRACL	-0,1	-0,1	-355,4	-355,6	0,2	0,0	0,2
CNRSI	48,1	0,0	149,6	141,1	56,6	26,8	29,8
CR Comédie Française	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CRPCEN	9,4	0,2	8,7	8,4	9,5	0,0	9,5
CRP-Opéra de Paris	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CRP-RATP	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
CPRP-SNCF	-0,8	0,0	3 095,1	3 094,0	0,3	0,0	0,3
ENIM	-9,8	-10,1	51,6	51,4	0,4	0,0	0,4
CP du port de Bordeaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PA de Strasbourg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SNCF	2,0	0,0	0,9	0,0	2,9	0,0	2,9
RATP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
St Pierre et Miquelon	0,0	0,0	5,5	3,5	2,0	0,0	2,0
AUTRES REGIMES	123,8	-7,4	4 270,1	4 259,7	141,6	139,9	1,7
TOTAL GENERAL	652,8	1 019,9	27 998,7	26 644,4	987,1	1 460,0	-472,8

Note de lecture :

Le montant restant dû par l'Etat à la CNAMTS, au titre de la branche maladie, au 31 décembre 2010, et mis à jour des versements effectués ou des montants repris par l'Etat jusqu'au 30 juin 2010 s'élevait à 63,87 M€. Des versements ou des reprises de trop versés ont été opérés entre le 1er juillet et le 31 décembre 2010 pour 211,26 M€. Le coût des différents dispositifs s'est élevé pour cette branche du régime général, sur 2010, à 2 832,27 M€ et les versements effectués au titre de 2010 entre le 1er et le 31 décembre 2010 se sont élevés à 2 401,85 M€. Le montant brut restant dû au 31 décembre 2010 s'élève en conséquence à 283,03 M€. Compte tenu de versements effectués en janvier 2011, et se rattachant aux exercices 2010 et antérieurs, qui s'élèvent à 428,94 M€ la situation nette des montants restant dus par l'Etat à la CNAMTS au titre de la branche maladie s'élève à -145,91 M€, ce qui correspond à un excédent de versement (signe -).

Dans les tableaux 1 et 2 les versements de l'Etat intervenus dans le cadre de la LFR sont inscrits à hauteur de :

- 1 291 M€ dans les *versements effectués au cours du second semestre 2010 au titre des exercices 2009 et antérieurs* (colonne b). Ce montant correspond à une partie des droits de consommation sur les tabacs reversée à l'ACOSS dans le cadre de la compensation des allègements généraux et que la LFR a réaffectée à l'apurement des dettes de l'Etat vis-à-vis du régime général pour les exercices antérieurs à 2010. Cet apurement via des recettes fiscales a été calibré sur la base des chiffres retracés dans l'état semestriel au 30 juin 2010. Il a visé non pas à apurer la dette nette de l'Etat vis-à-vis de l'ensemble des régimes de base, mais à apurer les dettes par régime ainsi que par dispositif faisant apparaître une insuffisance (les trop versés existant par ailleurs pour certains dispositifs n'ont pas été pris en compte).

- 192 M€ dans les *versements opérés au cours de l'exercice 2010* (colonne d). Il s'agit de droits de consommation perçus par l'ACOSS dans le cadre de la compensation des allègements généraux qui, après la LFR, couvrent l'insuffisance prévisionnelle du panier finançant les exonérations sur les heures supplémentaires (TEPA) pour 2010 ;

- 1 460 M€ dans les *versements intervenus en janvier 2011 au titre des exercices antérieurs* (colonne f). Ce montant se décompose en 138 M€ de droits de consommation sur les tabacs jusqu'ici affectés à l'Etat qui viennent apurer les dettes antérieures à 2010 envers le RSI et les régimes agricoles et en 1 322 M€ d'ouvertures de crédits budgétaires pour financer les insuffisances 2010 pour l'ensemble des régimes.

Evolution des dettes de l'État par catégorie de dispositifs

La situation nette au 31 décembre 2010 s'établit entre les différentes catégories de dispositifs de la façon suivante (les montants positifs désignent une dette de l'Etat, les montants négatifs une créance) :

- Prestations : - 213 M€ ;
- Exonérations ciblées : -285 M€ ;
- Exonérations des heures supplémentaires et complémentaires : + 69 M€ ;
- Divers autres dispositifs : -44 M€.

La plupart des dispositifs font apparaître une créance de l'Etat. C'est notamment le cas des dispositifs suivants :

- sur les prestations : le RSTA (-41 M€), l'API (-21 M€), l'AAH (-18 M€), l'AME (-15 M€) ;
- sur les exonérations ciblées : l'exonération ZRR et l'exonération ZRR renforcée appliquées aux associations et organismes d'intérêt général (-76 M€), le régime micro-social simplifié « auto-entrepreneur » (- 51 M€), les avantages en nature dans les hôtels, cafés et restaurants (-43 M€), les structures d'aide sociale (-17 M€), l'apprentissage (-16 M€).

Outre les exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires, seuls quelques dispositifs présentent des insuffisances :

- sur les prestations : la prime de retour à l'emploi (14 M€), l'ASI (2 M€) ;
- sur les exonérations ciblées : les exonérations relatives aux entreprises implantées dans les DOM (20 M€), les contrats vendanges (6 M€), les jeunes entreprises innovantes (2 M€), les bassins d'emploi à redynamiser (1 M€).

Tableau 2 - Etat semestriel au 31 décembre 2010, par nature de dispositif (en M€)

Nom du dispositif	Situation nette au 30/06/2010	Versements pour N-1 effectués entre le 1/07 et le 31/12/2010	Montants dus par l'Etat en 2010	Versements pour 2010 entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année	Situation "brute" au 31/12/2010	Versements de janvier 2011 se rattachant aux exercices antérieurs	Total pour l'état semestriel: Situation nette au 31/12/2010
	(a)	(b)	(c)	(d)	[e]=(a-b)+(c-d)	(f)	(g)=(e-f)
I/ Prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat							
I-1/ Champ santé-solidarité							
Allocation de parent isolé (API)	-7,2	0,0	146,8	160,4	-20,8	0,0	-20,8
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,9	10,3	6 614,9	6 272,7	333,9	351,9	-18,0
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	-1,5	-0,9	246,3	243,6	2,1	0,2	1,8
Aide médicale d'Etat (AME)	-6,0	0,0	580,2	491,3	82,9	98,0	-15,1
RMI : dette antérieure au 01/01/04 + prime exceptionnelle	-2,2	0,0	363,5	377,0	-15,7	0,0	-15,7
Grands invalides de guerre	-6,9	0,0	122,1	136,8	-21,5	0,0	-21,5
Prime de retour à l'emploi (1000€) pour les bénéficiaires de minima sociaux	155,0	148,2	25,7	12,1	20,4	6,8	13,6
Prime de retour à l'emploi PRE-RSA	-61,1	0,0	0,6	3,6	-64,1	0,0	-64,1
RSA activité [art. L.262-24 I) alinéa 4 du CASF] (yc frais de gestion)	-226,9	-226,9	1 363,9	1 409,7	-45,8	0,0	-45,8
RSA contrats aidés [art. L.262-24 I) alinéa 3 du CASF]	-6,1	-6,1	38,3	0,0	38,3	0,0	38,3
Revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA)	-122,3	0,0	203,4	122,0	-41,0	0,0	-41,0
Divers autres	-0,6	14,5	-8,3	4,8	-28,3	2,4	-30,7
Sous-total champ santé-solidarité	-283,8	-60,8	9 697,5	9 234,0	240,4	459,3	-218,9
I-2/ Champ logement							
Aide au logement temporaire (ALT)	10,6	10,6	55,2	0,0	55,2	54,0	1,2
Aide personnalisée au logement (APL) (FNAL)	0,0	0,0	3 106,2	3 154,2	-48,0	0,0	-48,0
Allocation de logement sociale (ALS) (FNAL)	0,0	0,0	5 002,7	4 950,2	52,4	0,0	52,4
Allocation de logement familial (ALF) servie aux fonctionnaires de l'Etat dans les DOM	1,7	1,7	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
Sous-total champ logement	12,4	12,4	8 164,7	8 104,4	60,3	54,0	6,3
Sous-total prestations prises en charge par l'Etat	-271,5	-48,4	17 862,2	17 338,4	300,7	513,3	-212,6
II/ Exonérations de cotisations sociales							
II-1/ Exonérations ciblées							
Exonérations ciblées sur certains territoires	230,1	265,2	1 436,7	1 432,8	-31,2	43,6	-74,9
Apprentissage et professionnalisation	674,1	637,3	1 024,1	534,1	526,7	551,4	-24,6
Exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité	9,9	60,1	262,0	239,8	-28,1	21,0	-49,1
Exonérations ciblées sur certains publics fragiles	-7,9	8,8	26,5	30,5	-20,6	4,4	-24,9
Exonérations spécifiques aux travailleurs indépendants non agricoles	-41,1	21,5	203,4	166,0	-25,2	39,5	-64,7
Service à la personne	46,3	57,1	572,2	338,3	223,0	242,6	-19,6
Exonérations spécifiques au secteur agricole	27,7	0,0	425,1	436,8	16,0	43,2	-27,2
Avantages directs consentis aux salariés	2,6	2,6	9,5	9,5	0,0	0,0	0,0
Sous-total exonérations ciblées	941,7	1 052,7	3 959,4	3 187,7	660,6	945,6	-285,0
II-2/ Allègements généraux							
Exonérations Heures supplémentaires/Rachat des jours de congés	11,7	11,7	3 188,6	3 119,7	68,9	0,0	68,9
Sous-total allègements généraux	11,7	11,7	3 188,6	3 119,7	68,9	0,0	68,9
Sous-total exonérations de cotisations sociales	953,3	1 064,4	7 148,0	6 307,4	729,5	945,6	-216,1
III/ Divers autres dispositifs							
Diverses pensions garanties par l'Etat	-10,2	2,0	3 099,3	3 092,1	-5,0	1,1	-6,1
Prise en charge par l'Etat de cotisations rapatriés (Loi n° 85-1274 du 4/12/1985 portant amélioration des retraites des rapatriés, modifiée par la loi n° 87-503 du 8/07/1987, et décret d'application n° 86-350 du 12/03/1986)	0,1	0,5	0,1	0,0	-0,3	0,0	-0,3
Prise en charge par l'Etat de cotisations militaires (art. L. 171-1, R. 171-1, D. 173-16 et D. 173-17 CSS)	31,0	31,0	230,2	261,2	-31,0	0,0	-31,0
Rémunération des personnels réquisitionnés dans la campagne de vaccination contre la grippe AH1N1	-50,0	-29,7	24,8	0,0	4,5	0,0	4,5
Versement net de la CNRACL à l'Etat dans le cadre du transfert d'agents de la fonction publique d'Etat vers la fonction publique territoriale (art 59 de la loi de finances pour 2010)	0,0	0,0	-434,0	-434,0	0,0	0,0	0,0
DIVERS	0,0	0,0	68,0	79,3	-11,3	0,0	-11,3
Sous total Autres	-29,1	3,9	2 988,4	2 998,6	-43,1	1,1	-44,2
TOTAL GENERAL	652,8	1 019,9	27 998,7	26 644,4	987,1	1 460,0	-472,8

Remarque : Pour faciliter la lecture, la présentation ci-dessus est légèrement plus agrégée que celle de l'état semestriel.

16.2. LES CRÉANCES SUR LES ENTREPRISES

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

La part des cotisations non recouvrées diminue tendanciellement, notamment en raison des efforts réalisés par les URSSAF dans la gestion du recouvrement, mais peut augmenter ponctuellement en période de creux conjoncturel lorsque le nombre de cotisants faisant face à des difficultés financières augmente.

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

Le taux de restes à recouvrer a faiblement augmenté en 2010 (cf. tableau 1)

Après une hausse d'un point en 2009, ce taux calculé sur les cotisations et contributions est en légère augmentation en 2010, passant de 2,7% en 2009 à 2,8% en 2010.

Depuis 2008, l'évolution du taux de restes à recouvrer doit être appréciée au regard de la mise en place de « l'interlocuteur social unique » du RSI. En effet, celle-ci a conduit, pour les travailleurs indépendants n'ayant pas communiqué leur revenu, à appeler des créances au titre de l'activité non déclarée. Ces cotisants ont fait l'objet d'une taxation d'office (TO), calculée sur une assiette très élevée, et croissante avec le nombre d'années sans revenu déclaré. Or, ces appels de cotisations se sont sans doute appliqués pour une part importante à des activités arrêtées. Au total, plus de la moitié des créances de l'ACOSS sont relatives à des cotisants en TO ; le taux de restes à recouvrer ne traduit donc pas la situation réelle du recouvrement. Hors TO, le taux d'impayés des travailleurs indépendants est de 9,8% en 2010 (+1,2 point), contre 21,5% avec TO. Enfin, un plan de radiation a été initié fin 2010 entre les URSSAF et le RSI pour traiter en 2011 ces situations de cotisants taxés d'office.

Apprécié hors travailleurs indépendants, le taux de restes à recouvrer s'élève à 1,03%, et s'améliore par rapport à 2009 (- 0,18 point). En effet, l'amélioration de la situation économique en 2010 a permis de revenir à un meilleur taux de recouvrement (+0,22 point), après une baisse de 0,34 point en 2009 imputable à la dégradation de la conjoncture.

Les charges nettes liées aux opérations sur créances du régime général, qui s'établissent à 3 Md€, ont baissé de 0,7 Md€ en 2010 (cf. tableau 2)

Ces charges recouvrent les pertes sur créances et les dotations aux provisions. La baisse observée en 2010 des charges liées aux opérations sur créances s'explique principalement par **une baisse des dotations nettes aux provisions de 750 M€**. Après une hausse des provisions notifiées en 2009 de 1,75 Md€, le stock de provisions a en effet augmenté de 1,0 Md€ en 2010. Cette hausse du stock de provisions en 2010 s'explique par **un effet créance** de 0,82 Md€, imputable à la hausse du stock de créances (+ 0,99 Md€) – notamment de celles des entreprises individuelles taxées d'office depuis plusieurs exercices – et **un effet taux** de 0,18 Md€ qui résulte de la hausse de 1,1 point du taux de provision. Cet effet taux se décompose lui-même en :

- un facteur principal de + 0,6 point, correspondant à un provisionnement supplémentaire appliqué aux créances des travailleurs indépendants taxés d'office depuis plusieurs exercices (compte tenu de leur faible espérance de recouvrement) ;
- d'autres facteurs inhérents à la méthode de provisionnement habituellement utilisée, pour un impact net de +0,5 point.

Par ailleurs, les pertes sur créances irrécouvrables augmentent faiblement en 2010 (50 M€) pour se stabiliser à 2 Md€.

Enfin, les créances totales du régime général s'élèvent à 15,1 Md€ et sont provisionnées à 85,9%, soit un montant de provision de 13,0 Md€.

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

Sur cotisations et contributions	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Secteur privé	0,87%	0,89%	0,86%	1,04%	1,45%	1,23%
Moins de 10 salariés	3,10%	3,25%	3,34%	3,80%	4,67%	4,45%
Plus de 9 salariés	0,46%	0,47%	0,44%	0,57%	0,92%	0,72%
Taxe pharmaceutique + contribution FCAATA	1,16%	0,34%	0,37%	0,12%	0,07%	0,12%
Secteur public	0,11%	0,08%	0,07%	0,09%	0,11%	0,12%
Travailleurs Indépendants (TI)	5,76%	5,72%	5,87%	11,10%	18,25%	21,56%
à échéance mensuelle	1,35%	1,54%	1,19%	4,64%	6,79%	8,20%
à échéance trimestrielle	9,16%	9,20%	10,17%	28,02%	38,58%	42,45%
Employeurs de Personnels de Maison	0,80%	0,64%	0,66%	0,85%	0,91%	0,96%
Praticiens et auxiliaires médicaux	2,92%	9,85%	7,55%	8,13%	12,52%	10,12%
Assurés Volontaires / Régime de résidence	1,71%	3,69%	4,86%	6,33%	2,96%	2,48%
Divers (y compris CMU)	0,04%	0,03%	0,04%	0,17%	0,31%	0,25%
Total	0,96%	0,97%	0,95%	1,71%	2,73%	2,84%
Total HOrs TI	0,74%	0,75%	0,73%	0,87%	1,21%	1,03%

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

en M€ (sur l'ensemble des cotisations, contributions et majorations et pénalités)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Produits des URSSAF (1)	185 937	196 731	204 883	211 200	212 938	216 780
Encaissements des URSSAF (2)	183 399	193 977	202 256	207 778	207 842	212 113
Charges (3)	195	223	213	148	179	150
Nouvelles créances de l'exercice (4)=(1)-(2)-(3)	2 343	2 531	2 414	3 274	4 917	4 516
Taux de RAR de l'exercice (5)=(4)/(1)	1,26%	1,29%	1,18%	1,55%	2,31%	2,08%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 468	1 613	1 620	2 361	1 957	2 007
Dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7)	1 752	1 882	1 798	2 420	3 881	3 635
Dotations nettes aux provisions (8)	- 70	- 117	-72	- 216	1 747	1 004
Charges nettes liées aux opérations sur créances (6)+(8)	1 398	1 496	1 548	2 145	3 704	3 011

Source: Estimation ACOSS

- les *produits* (1), *encaissements* (2) et *charges* (3) sur les salaires versés au titre de l'exercice en cours, arrêtés au 31 décembre, sont déterminés à partir de données comptables (RACINE). Les produits, encaissements et charges relatifs à des salaires versés en décembre N et comptabilisés en N+1 (jusqu'à fin janvier) sont estimés.
- *nouvelles créances de l'exercice* (4) : il s'agit de la différence entre les *produits* (1) sur les salaires versés lors de l'exercice comptable (de janvier à décembre en droits constatés) et les *encaissements* (2) et *charges* (3) enregistrés se rattachant à ces produits. Ainsi les créances découvertes lors de l'exercice mais dont la période de salaire se rattache à un exercice antérieur (suite à un contrôle par exemple) ne sont pas incluses dans ce montant (elles font cependant, lors de leur découverte, l'objet d'un provisionnement qui est pris en compte dans les *dotations nettes aux provisions* (8) mais pas dans les *dotations pour nouvelles créances de l'exercice* (7).
- *taux de RAR de l'exercice* (5) : ce taux rapporte les *créances nouvelles* (4) aux *produits* comptables (1). Il diffère du taux de RAR du dernier exercice présenté dans le tableau 1 parce qu'il est restreint au seul régime général, qu'il intègre les majorations et pénalités et qu'il est arrêté au 31 janvier N+1 (31 décembre N dans le tableau 1) pour tenir compte des cotisations des salaires de décembre exigibles en janvier. Le taux de RAR (net des charges), régime général + tiers, y compris majorations et pénalités, s'établit à 3,02% en 2010 contre 2,08% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2011).
- *pertes sur créances irrécouvrables* (6) : elles regroupent les admissions en non valeur (ANV), les annulations et abandons de créances (inscrites en charges dans les comptes et entraînant des reprises sur provisions inscrites en produits pour un montant très proche, égal à la part préalablement provisionnée de ces créances (voisine de 90%)).
- *dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice* (7) : 80,5% des *nouvelles créances de l'exercice* (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte de leur risque de non recouvrement. Ce taux de provision intègre les corrections de provisions passées en notifications additives pour tenir compte de la forte hausse en 2010 des RAR des TI taxés d'office depuis plusieurs exercices.
- *dotations nettes aux provisions* (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises sur provisions inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité de ces créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables.
- *charges nettes* : somme des *pertes sur créances irrécouvrables* (6) et des *dotations nettes aux provisions* (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

16.3. LES CHARGES ET PRODUITS FINANCIERS DE L'ACOSS

Le régime général fait partie des régimes autorisés par la loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes pour assurer son financement. C'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui est chargée de la gestion centralisée de la trésorerie des différentes branches du régime général. Elle finance ses besoins de trésorerie par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que par des émissions de dette à court terme sur les marchés financiers. L'ACOSS, qui acquitte globalement les frais financiers liés à ces emprunts, facture à chaque branche les intérêts afférents à sa propre situation financière (*cf.* encadré 2).

Le solde de trésorerie de l'ACOSS a atteint - 49,5 Md€ fin 2010

Le solde de trésorerie de l'ACOSS au 31 décembre 2010 s'est élevé à -49,5 Md€, contre -24,1 Md€ en 2009. La variation de trésorerie a atteint -25,4 Md€ en 2010.

Compte tenu de la forte dégradation des comptes sociaux due à la crise financière, le point bas annuel de trésorerie a atteint -49,7 Md€ le 15 décembre.

Le résultat financier de l'ACOSS a été de -317 M€ en 2010

Le résultat financier de l'ACOSS s'est élevé à -317 M€ en 2010, après -96 M€ en 2009. Cette dégradation s'explique d'une part, par l'impact de la crise économique et financière sur les comptes du régime général, qui, en l'absence de reprise de dette en 2010, a entraîné des besoins de trésorerie sans précédent pour l'ACOSS. D'autre part, la nécessité de sécuriser le financement de tels volumes a conduit l'ACOSS à contracter auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) des prêts fixes d'une durée d'un an pour un montant total de 20 Md€, plus coûteux que les avances de trésorerie auxquelles l'ACOSS a habituellement recours.

Sur ses autres instruments de financement (avances de trésorerie, instruments de marché), l'ACOSS a néanmoins pu bénéficier de la faiblesse des taux à court terme constatée tout au long de l'année 2010. La valeur moyenne du taux Eonia¹²⁷, qui sert de référence pour l'essentiel des emprunts de l'ACOSS, a ainsi atteint 0,44% en 2010, contre 0,71% en 2009 et 3,86% en 2008 (*cf.* tableau 2).

Un peu plus de 60% des charges financières supportées par l'ACOSS proviennent des intérêts sur les emprunts contractés auprès de la CDC. Les intérêts dus au titre des billets de trésorerie s'élèvent quant à eux à 58 M€, contre 28 M€ en 2009, pour un encours moyen de 11,1 Md€, contre 3,8 Md€ en 2009 (*cf.* tableau 1). Le coût de financement de l'ACOSS en 2010 s'est établi en moyenne à Eonia + 56 points de base, contre Eonia + 15 points de base en 2009 et Eonia + 6,2 points de base en 2008. Cet écart s'explique essentiellement par les nouvelles conditions de financement auprès de la CDC sous forme de prêt fixe d'une durée d'un an pour un montant total de 20 Md€ (*cf.* encadré 1).

¹²⁷ Euro overnight index average : taux interbancaire au jour le jour.

Tableau 1 – Résultat financier 2010 de l'ACOSS (en M€)

	2009	2010
Charges financières	98	320
a/ Intérêts débiteurs sur avances prédéterminées CDC	56	0
b/ Intérêts débiteurs sur avances au jour le jour CDC	11	8
c/ Intérêts débiteurs sur avances exceptionnelles de trésorerie	2	0
d/ Pénalités sur tunnel de prévisions et avances à 24h	1	2
e/ Intérêts débiteurs sur billets de trésorerie	28	58
f/ Intérêts débiteurs sur Euro Commercial Paper	-	11
g/ Prêts CDC	-	239
h/ Intérêts sur conditions de financement période exceptionnelle	-	0
i/ Commission de non utilisation	-	0
Produits financiers	2	3
j/ Intérêts créditeurs sur compte CDC	2	2
k/ Intérêts sur valeurs mobilières de placement	0	0
l/ Intérêts sur appels de marge	-	0
Résultat net	-96	-317

Source :ACOSS.

Tableau 2 - Charges financières trimestrielles de l'ACOSS en 2010 (en M€)

	T1	T2	T3	T4
Charges financières*	60	71	97	92
Point bas de trésorerie	-29,6	-36,4	-41,2	-49,7
Taux EONIA moyen	0,34	0,35	0,45	0,59

Source :ACOSS/DSS.

Note de lecture :

Le tableau ci-dessus présente une chronique trimestrielle des charges financières payées par l'ACOSS au jour le jour. Elles peuvent présenter des écarts réduits avec le suivi comptable effectué en droits constatés. Cette chronique permet de mettre en évidence l'impact sur les charges financières, d'une part, de l'évolution des besoins de trésorerie et d'autre part, de l'évolution des taux d'intérêt.

Encadré 1 – Conditions de financement des besoins de trésorerie du régime général

Les relations financières entre l'ACOSS et la CDC, son partenaire financier historique, sont formalisées dans une convention. La convention signée le 21 septembre 2006 pour la période 2006-2010 prévoyait deux types d'avances de trésorerie : les avances prédéterminées, qui permettent à l'ACOSS d'emprunter, pour une période donnée, un montant fixé préalablement et les avances au jour le jour.

- A la mi-2009, la CDC a souhaité renégocier les conditions tarifaires de la convention avant terme. En conséquence, un nouvel avenant¹²⁸ a été signé le 16 juillet 2009 pour prendre en compte l'impact de la crise financière et redéfinir l'équilibre financier entre les deux parties. Applicable depuis le 21 septembre 2009, cet avenant aménage les principes de gestion des risques entre la CDC et l'ACOSS et revoit les conditions tarifaires en cas de circonstances « exceptionnelles » de marché. La période « exceptionnelle » commence le premier jour du mois suivant celui pour lequel l'écart moyen constaté entre le taux au jour le jour (Eonia) et le taux EURIBOR 3 mois est supérieur à 10 points de base et prend fin le dernier jour du dernier mois au cours duquel cet écart moyen constaté est supérieur à 10 points de base.

- Pour 2010, la CDC a structuré ses financements à l'ACOSS en deux parties : 1) un prêt fixe d'un an pour 20 Md€, à taux fixe ; 2) une ligne de trésorerie de 11 Md€ ramenée en cours d'année à 7 Md€ puis à 5 Md€, dans les conditions de l'avenant de juillet 2009.

A noter qu'une nouvelle convention ACOSS-CDC a été signée le 29 décembre 2010 pour couvrir la période 2011-2014.

Depuis 2007, l'ACOSS est également autorisée à émettre directement sur les marchés financiers des billets de trésorerie. En complément et conformément à la feuille de route fixée par le Gouvernement, l'ACOSS a recours depuis 2010 en plus de ses instruments traditionnels (billets de trésorerie émis sur les marchés), à des émissions d'« euro commercial papers » (ECP), assurées techniquement par l'Agence France Trésor pour le compte de l'ACOSS. Elle peut également compter sur des efforts de mutualisation des trésoreries des organismes sociaux, de l'ordre de 2 à 5 Md€.

¹²⁸ Entre 2006 et 2008, la convention ACOSS-CDC a fait l'objet de 2 avenants techniques : 1) pour la mise en place des billets de trésorerie ; 2) pour la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique (ISU) au 1^{er} janvier 2008.

Les charges et les produits financiers 2010 des branches du régime général

Si la gestion de trésorerie est assurée de façon centralisée par l'ACOSS, chaque branche se voit affecter les charges et produits financiers correspondant à ses besoins ou ses capacités propres de financement (cf. encadré 2).

Le montant des frais financiers à la charge de l'assurance vieillesse s'est élevé à 153 M€ en 2010, contre 59 M€ en 2009. Cette dégradation s'explique par l'impact de la crise économique et financière sur les comptes de la branche, ainsi que sur les déficits cumulés du fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont la charge pèse sur l'assurance vieillesse.

Le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie a été en 2010 quasiment équivalent à celui de la branche vieillesse (156 M€ contre 60 M€ en 2009). Le déficit de la branche AT-MP a engendré quant à lui 15 M€ de frais financiers. Enfin, la branche famille n'a pas dégagé de produits financiers en 2010, après en avoir perçu 16 M€ en 2009.

Encadré 2 – La différence entre le résultat financier de l'ACOSS et celui du régime général

Cette différence s'explique d'abord par les missions accomplies pour le compte de tiers : par exemple, l'existence de délais entre le recouvrement d'une taxe pour le compte de tiers (FSV, CADES...) et son reversement entraîne une amélioration de la trésorerie de l'ACOSS qui n'est pas imputable à l'une des branches du régime.

A cette première raison est venu s'ajouter, jusqu'en 2008 et pour des raisons pratiques, un décalage entre le taux que facturait l'ACOSS à chacune des branches et son taux effectif de financement :

- d'abord, le taux débiteur facturé correspondait dans les faits au taux marginal supérieur prévu par la convention avec la CDC. Or, le taux effectif de financement de l'ACOSS, qui recourt à l'ensemble des moyens offerts par la CDC ainsi qu'aux billets de trésorerie, est en pratique inférieur à ce taux ;
- ensuite, le solde positif d'une branche donnait lieu à des intérêts créditeurs, même si le solde global de trésorerie du régime restait négatif. Comme le taux créditeur appliqué (celui de la convention avec la CDC) était inférieur au taux de financement de l'ACOSS, il en résultait là aussi un écart.

Pour corriger cet écart de façon à ne pas léser ou favoriser certaines branches par rapport aux autres, l'article R. 255-7 du code de la sécurité sociale prévoyait que la différence constatée viendrait selon le cas majorer ou minorer la contribution des branches au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS.

Depuis 2009, en application de l'article R. 255-6 du code de la sécurité sociale modifié, une nouvelle procédure permet de réduire l'écart constaté entre le résultat financier de l'ACOSS et celui du régime général. Un taux d'intérêt unique facturé aux branches est désormais fixé *a posteriori* par arrêté ministériel. Ce taux tient compte des conditions effectives de financement de l'ACOSS et permet de répartir au plus juste les intérêts créditeurs et débiteurs entre les branches. Pour 2010, le taux fixé par arrêté est de 0,953%¹²⁹, après 0,795% en 2009¹³⁰.

Enfin, à compter de l'exercice 2010 et en application de l'article R. 255-7 modifié¹³¹, l'écart constaté entre le résultat financier de l'ACOSS et celui du régime général ne vient plus en réduction de la participation des branches au FNGA de l'ACOSS, mais il est réparti entre les branches sur la base de la clé fixée par l'arrêté mentionné *supra* et constitue un produit financier pour chaque branche.

¹²⁹ Cf. arrêté du 23 mars 2011 fixant le taux d'intérêt moyen applicable aux soldes comptables journaliers des branches du régime général de sécurité sociale pour 2010.

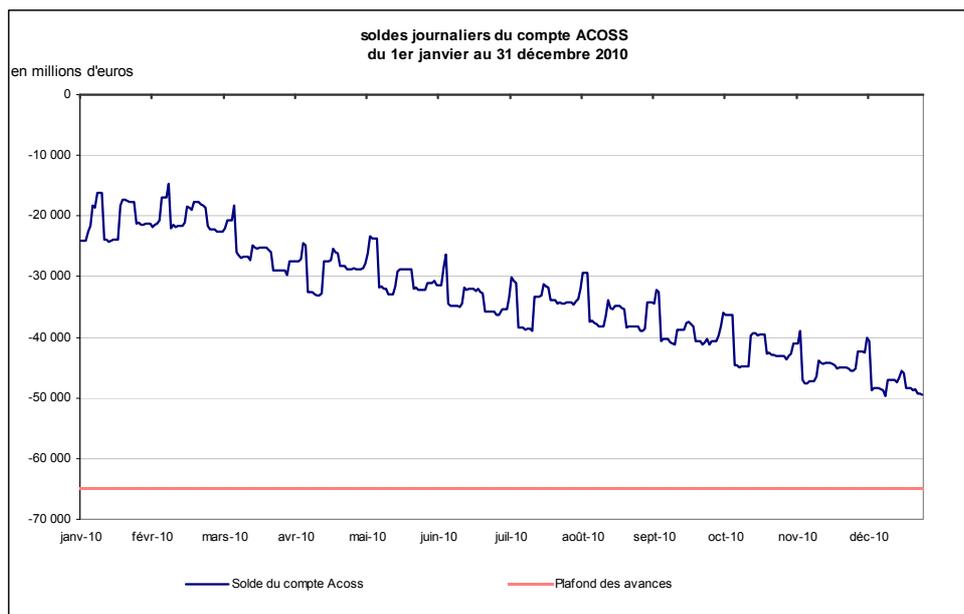
¹³⁰ Cf. arrêté du 22 février 2010.

¹³¹ Décret n°2011-602 du 27 mai 2011 relatif aux modalités de comptabilisation des opérations financières de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de répartition de celles-ci.

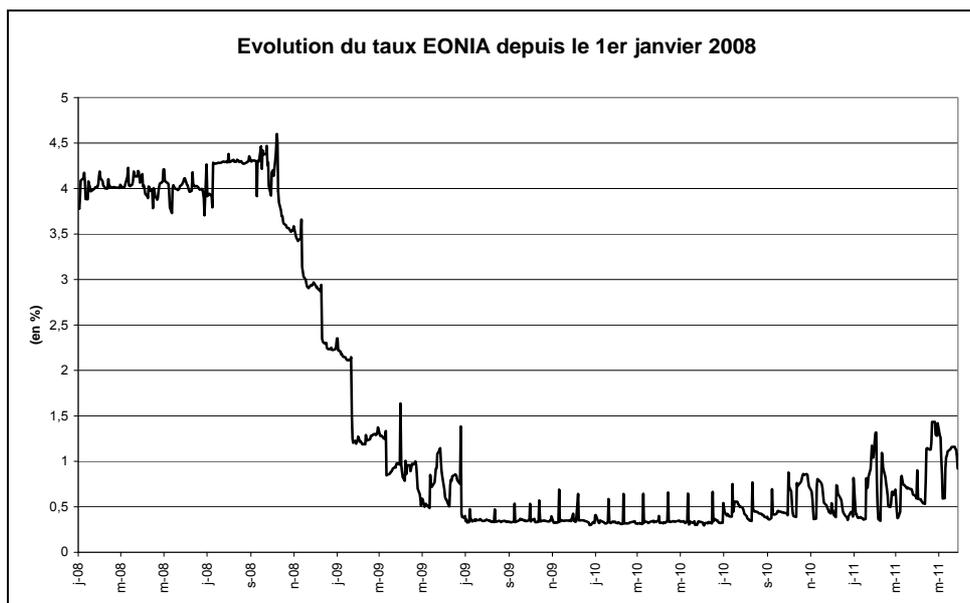
Tableau 3 - Résultat financier net des branches du régime général

	2009	2010
Assurance maladie	-60	-156
Accidents du travail	-7	-15
Allocations familiales	16	0
Assurance vieillesse	-59	-153
Total	-109	-325
Rappel : résultat financier de l'ACOSS	-96	-317

Source :ACOSS/DSS.



Source :ACOSS.



Source : Banque de France /DSS.

Une forte amélioration du profil de trésorerie en 2011

En application de la LFSS pour 2011, le transfert à la CADES des déficits 2009 et 2010 du régime général (hors branche AT-MP) et du fonds de solidarité vieillesse, ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille, se traduit par des versements de la CADES à l'ACOSS étalés tout au long de l'année 2011 pour un montant global de 65,3 Md€ (cf. Fiche 17-4) ;

En tenant compte de la chronique de ces versements à l'ACOSS (cf. tableau 4), le plafond de trésorerie de l'ACOSS avait été fixé en LFSS pour 2011 à 58 Md€ du 1^{er} janvier au 31 mai 2011, puis à 20 Md€ à compter du 1^{er} juin 2011. Compte tenu de l'amélioration des comptes du régime général prévue pour cette année, le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale prévoit de ramener ce plafond à 18 Md€.

Le résultat financier du régime général serait d'environ -245 M€ en 2011

Le résultat financier du régime général devrait atteindre environ -245 M€ en 2011. Cette amélioration de près de 70 M€ par rapport à 2010 s'explique essentiellement par un effet volume, la reprise de dette CADES entraînant une diminution des montants empruntés par l'ACOSS, laquelle compenserait la légère augmentation du taux moyen annuel de financement de l'ACOSS, dont il est fait l'hypothèse qu'il s'établirait à 1,5 % en 2011.

Encadré 3 – Nouvelle convention ACOSS-CDC 2011/2014

Le 30 décembre 2010, l'ACOSS et la CDC ont conclu une nouvelle convention pour la période 2011 à 2014. Cet accord prévoit une nouvelle structuration des instruments de financement de l'ACOSS en fonction de leur maturité :

- des prêts fermes « moyen terme » de 3 à 12 mois, destinés à couvrir le socle des besoins de trésorerie de l'ACOSS, pour un montant maximum de 10 Md€ ou 1/3 du plafond de trésorerie fixé en LFSS ;
- des prêts fermes « court terme » d'une maturité de 6 jours ouvrés pour un montant de 3,5 Md€, mobilisés chaque mois pour faire face à l'échéance des pensions ; à compter de 2013, le montant de ces prêts sera ramené à 2,5 Md€ ;
- des avances de trésorerie renouvelables en J-1 pour J à hauteur de 1 Md€ ou en J pour J pour un maximum de 0,5 Md€, destinées à faire face aux aléas du profil.

La nouvelle convention dispose également que l'ACOSS ouvre un compte de secours bloqué de 500 M€ auprès de la CDC destiné à couvrir les éventuels retards de flux d'encaissement (notamment de cotisations).

Tableau 4 – Versements de la CADES à l'ACOSS au titre de la reprise de dette votée en LFSS pour 2011

DATE	MONTANT
10/01/2011	5 Md€
25/01/2011	5 Md€
09/02/2011	5 Md€
25/02/2011	3 Md€
09/03/2011	5 Md€
25/03/2011	3 Md€
11/04/2011	5 Md€
21/04/2011	4 Md€
09/05/2011	10 Md€
27/05/2011	5 Md€
09/06/2011	5 Md€
09/09/2011	4 Md€
10/10/2011	4 Md€
09/12/2011	2,3 Md€

NB : ces montants ont été fixés par le décret n° 2011-20 du 5 janvier 2011 fixant les modalités de reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits cumulés prévisionnels des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse.

16.4. DU RÉSULTAT COMPTABLE À LA VARIATION DE TRÉSORERIE

La trésorerie des organismes du régime général fait l'objet d'une centralisation sur un compte géré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ouvert auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Les données de trésorerie fournissent une vision de la situation du régime général complémentaire de celle apportée par les données comptables puisque l'essentiel des opérations des organismes trouve une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprises de dettes (1994, 1996, 1998 puis de 2004 à 2009¹³²) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie¹³³ reflète largement le résultat du régime général (voir graphique page suivante).

En 2010, le résultat en droits constatés du régime général (- 23,9 Md€) a différé de + 1,5 Md€ de la variation de trésorerie de l'ACOSS (- 25,4 Md€). Cet écart s'explique d'abord par un écart de champ. En effet, la variation de trésorerie du seul régime général s'établit à -25,8 Md€. La gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes et la gestion des dépenses au titre des tiers contribue en effet à une amélioration de la variation de trésorerie globale en 2010 pour 0,4 Md€. Ce dernier montant peut se décomposer en deux parties : d'une part les URSSAF sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (FSV, CADES, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des URSSAF. En 2010, l'écart entre les encaissements et les versements pour compte de tiers s'élève à -0,1 Md€, après -0,5 Md€ en 2009. D'autre part les organismes prestataires assurent la gestion de dépenses qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'État, les départements ou certains fonds (RMI et RSA, allocations logement, aide médicale d'Etat, fonds CMU...). Les versements de janvier 2010 en loi de finances rectificative pour 2009 au titre du FNAL et de l'aide médicale d'État, en réduisant la dette au titre de 2009, ont permis à l'ACOSS de recevoir 0,5 Md€ de plus que les sommes avancées en 2010.

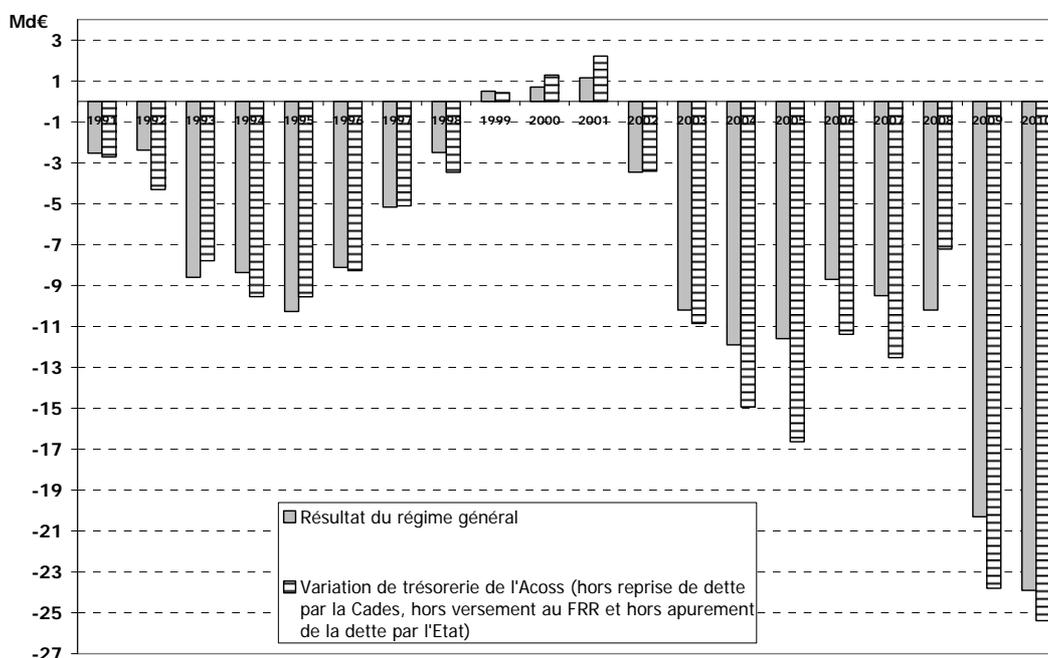
L'écart entre la variation de trésorerie du régime général et le résultat en droits constatés, soit -1,9 Md€, s'explique ensuite par différents éléments (voir tableau page suivante) :

- les montants globaux de crédits affectés en 2010 par l'Etat au titre de la compensation des exonérations et des prestations à sa charge (dont l'AAH) sont supérieurs aux dépenses de 1,9 Md€ (respectivement 1,8 Md€ et 0,1 Md€). En effet, début 2010 des versements ont été effectués en période complémentaire au titre de la dette de l'exercice précédent. L'État a en effet procédé à un apurement important de ses dettes antérieures (au sens de l'état semestriel), lesquelles sont passées en net de 2,9 Md€ fin 2008 à 0,6 Md€ fin 2009 (incluant les montants versés en janvier 2010). Une part importante des versements de janvier 2010 concerne les mesures emploi ;
- comme en 2009, le FSV contribue très fortement à dégrader la trésorerie (- 4,6 Md€) en augmentant sa dette vis-à-vis du régime général ;
- l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds a lieu l'année de la parution du texte qui en fixe le montant, alors que les versements interviennent au rythme de leurs besoins ; en 2010 les dotations ont été supérieures aux versements, comme en 2009 (0,4 Md€ en 2010 après 0,3 Md€ en 2009) ;

¹³² Conformément à ce qui a toujours été pratiqué, la reprise de la dette des branches Maladie et Vieillesse et du FSV par la CADES, prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2009, s'est traduite par des versements qui ne sont pas comptabilisés dans son résultat comptable : l'ACOSS a reçu 10 Md€ en décembre 2008 et 17 Md€ en 2009

¹³³ La variation de trésorerie de l'année N est la différence de la situation de trésorerie de l'ACOSS entre le 31/12 de l'année N et le 31/12 de l'année N-1.

Solde du régime général et variation de trésorerie
(hors versement des excédents comptables passés, hors reprise de dette par la CADES et hors apurement de dettes de l'État)



Note : le résultat du régime général est en droits constatés depuis 1999, en encaissements/décaissements avant (les chiffres établis par cette méthode sont par nature plus proches de la trésorerie que les droits constatés).
Sont exclues les opérations de reprises de dettes de la CADES (1994, 1996, 1998 et 2004 à 2009) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 199 et 2005.

Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2007 à 2010

(en Md€)

		2007	2008	2009	2010
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-9,5	-10,2	-20,3	-23,9
Corrections	(2)	-2,8	2,9	-2,6	-1,9
Remboursement exonérations (Etat)		-1,5	-0,1	0,1	1,8
Remboursements AAH, API et autres prestations (Etat)		-0,3	0,0	-0,1	0,1
Insuffisance FSV		0,1	0,7	-2,8	-4,6
Décalage sur les participations à certains fonds		0,5	0,2	0,3	0,4
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-1,9	1,8	0,1	-0,1
Autres éléments		0,3	0,3	-0,2	0,5
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-12,3	-7,3	-22,9	-25,8
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	-0,3	0,1	-0,9	0,4
Variation de trésorerie de l'Acoss hors apurement de la dette Etat et hors reprise de dettes Cades	(5)=(3)+(4)	-12,5	-7,2	-23,8	-25,4
Apurement de la dette de l'Etat	(6)	5,1	0,0	0,0	0,0
Variation de trésorerie de l'Acoss yc. apurement dette Etat et hors reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	-7,4	-7,2	-23,8	-25,4
Reprise de dette de la Cades	(8)	-0,1	10,0	17,0	0,0
Variation de trésorerie de l'Acoss yc. apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(9)=(7)+(8)	-7,5	2,8	-6,8	-25,4

- contrairement aux deux années précédentes, les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie contribueraient à dégrader la trésorerie de - 0,1 Md€ en 2010, après une amélioration de +0,1 Md€ en 2009. En 2008 et 2009, les décalages sur les cotisations dans les URSSAF¹³⁴ avaient eu un effet positif sur la variation de trésorerie puisque les encaissements de janvier 2010 et 2009 étaient inférieurs aux encaissements des années précédentes en raison de la diminution de la masse salariale. En 2010 au contraire, ces décalages auraient un effet négatif de 0,9 Md€ : les encaissements prévus de janvier 2011 sont en effet supérieurs à ceux de janvier 2010 en lien avec l'augmentation de la masse salariale en 2010. Par ailleurs, les décalages liés aux prestations familiales et aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) auraient joué positivement pour 0,3 Md€ et certaines opérations au siège de l'ACOSS auraient contribué pour + 0,4 Md€¹³⁵. Ainsi, au total, les décalages temporels contribuent-ils pour - 0,1 Md€ ;
- les « autres éléments » regroupent des corrections plus difficilement estimables, notamment des effets d'opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions, reprise de provisions exceptionnelles sur certaines prestations suite à ré-estimation) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie et des effets de décalages de remboursement des prestations maladie.

¹³⁴ Par rapport à la période d'emploi, les cotisations sur salaires sont le plus souvent encaissées le mois suivant pour les cotisants « mensuels » et le 1^{er} mois du trimestre suivant pour les cotisants « trimestriels »

¹³⁵ En revanche sont exclus dans cette analyse les effets de remboursement des prestations maladie (soins de ville ou hôpitaux), la variabilité des délais rendant difficile l'estimation de ces décalages.

**17. LES ORGANISMES
CONCOURANT AU
FINANCEMENT DU REGIME
GENERAL**

17.1. LE FSV

Le solde du FSV se dégrade encore en 2010 et le fonds conserverait le même niveau de déficit en 2011

En 2009, le FSV était devenu fortement déficitaire (-3,2 Md€) sous les effets conjoints de la crise économique qui majorait ses charges et des mesures de la LFSS 2009 qui amputaient ses recettes. En 2010, le déficit s'est creusé pour atteindre -4,1 Md€, niveau auquel il se maintiendrait en 2011.

Globalement, la dégradation de 2010 a été le fait d'une augmentation toujours forte des prises en charge de cotisations, et d'un recul simultané du produit de CSSS attribué au fonds. En 2011, les nouvelles charges et recettes mises en place par la réforme des retraites (cf. encadré 2) s'équilibreraient et ne pèseraient pas sur le solde. Le chômage se réduirait et les prises en charge de cotisation reculeraient en conséquence, mais ces moindres charges seraient compensées par une nouvelle baisse du produit de CSSS. Ainsi, le déficit se stabiliserait à un niveau élevé.

Les prises en charge de cotisations en progression rapide

En 2010, les prises en charge de cotisations représentaient 58% des charges nettes du fonds et le poste de charge le plus dynamique avec une croissance de 13%. Elles sont principalement composées des prises en charge de cotisations au titre du chômage (54% de l'ensemble des charges) qui ont crû de 6,1% en 2010 du fait d'une situation de l'emploi toujours dégradée : le nombre de chômeurs pris en compte dans les calculs, qui avait augmenté de 440 000 en moyenne annuelle en 2009, a progressé de 190 000 personnes en 2010 portant l'effectif total à 3,4 millions, niveau qu'il conserverait en 2011. Ce facteur contribue pour 3,4 points à l'augmentation des charges en 2010 (cf. tableau 1). En 2011, la conjoncture ne se traduirait pas encore par une baisse de l'effectif moyen de chômeurs au sens du FSV, mais la contribution à la hausse des charges de ce facteur ne serait plus que 0,3 point.

Depuis le 1^{er} juillet 2010, le FSV prend en charge des cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et AT-MP¹³⁶ qui bénéficieront aux régimes alignés (CNAV, salariés agricoles et RSI). Ce nouveau transfert, dont la montée en charge est programmée sur deux ans, est équilibré par l'augmentation en 2010 et 2011 de la prise en charge des majorations pour enfants par la CNAF programmée par la LFSS 2009 (cf. tableau 2). Il se traduirait par une charge supplémentaire de plus de 0,6 Md€ par an en 2010 et 2011, et contribuerait respectivement pour 3,9 et 3,8 points à l'augmentation des charges du FSV en 2010 et 2011.

¹³⁶ L'article 70 de la LFSS pour 2010 a confié au FSV le financement des validations gratuites de trimestres réalisées par les régimes alignés (CNAV, salariés agricoles et RSI) au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT/MP et d'invalidité. Le mode de financement de toutes les « périodes assimilées » a ainsi été harmonisé.

Les comptes du FSV

	En millions d'euros						
	2008	2009	%	2010	%	2011	%
CHARGES	14 618,3	16 170,3	10,6	17 549,8	8,5	21 997,7	25,3
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	14 616,6	16 164,3	10,6	17 530,7	8,5	21 996,6	25,5
II - CHARGES TECHNIQUES	14 437,8	15 926,9	10,3	17 327,1	8,8	21 817,5	25,9
Prises en charge de cotisations par le FSV	7 611,1	8 920,7	17,2	10 096,4	13,2	10 821,4	7,2
Au titre du service national	36,7	21,9	-40,4	22,8	4,1	22,8	0,0
Au titre du chômage	7 574,3	8 898,8	17,5	9 445,2	6,1	9 501,5	0,6
Régime de base	7 143,0	8 470,1	18,6	9 019,6	6,5	9 171,8	1,7
Régime complémentaire	431,4	428,7	-0,6	425,6	-0,7	329,7	-22,5
Au titre des anciens combattants	0,1	0,0	-84,3	0,0	--	0,0	-
Au titre de la maladie	0,0	0,0	-	628,5	-	1 297,1	++
Prises en charge de prestations par le FSV	6 826,7	7 006,2	2,6	7 230,7	3,2	10 996,1	52,1
Au titre du minimum vieillesse	2 782,2	2 821,3	1,4	2 931,4	3,9	3 048,2	4,0
Au titre des majorations de pensions	4 044,5	4 184,9	3,5	4 299,3	2,7	4 447,8	3,5
Majoration pour enfants	3 976,1	4 118,3	3,6	4 235,1	2,8	4 386,6	3,6
Majoration pour conjoint à charge	68,4	66,7	-2,5	64,2	-3,7	61,2	-4,6
Au titre du minimum contributif	0,0	0,0	-	0,0	-	3 500,0	-
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	178,0	150,4	-15,5	150,8	0,2	166,3	10,3
Pertes sur créances irrécouvrables	73,3	50,6	-31,0	51,0	0,9	51,0	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	73,3	50,6	-31,0	51,0	0,9	51,0	0,0
Autres charges techniques	104,7	99,8	-4,6	99,7	-0,1	115,3	15,6
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	0,8	85,9	++	52,9	-38,5	12,9	-75,7
- pour dépréciation des actifs circulants	0,0	80,7	-	48,2	-40,3	8,2	-83,0
- pour autres charges techniques	0,8	5,3	++	4,7	-10,8	4,7	0,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	0,0	1,0	-	0,0	-99,4	0,0	0,0
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	0,9	1,0	9,6	1,0	0,9	1,0	1,8
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,7	5,0	++	18,1	++	0,0	--
PRODUITS	15 430,8	13 007,9	-15,7	13 480,0	3,6	17 930,9	33,0
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	15 429,5	13 006,4	-15,7	13 478,2	3,6	17 930,8	33,0
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	13 030,6	10 121,7	-22,3	9 878,1	-2,4	13 543,9	37,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,9	-1,1	--	1,6	--	0,0	--
CSG, impôts et taxes affectés	13 029,6	10 122,8	-22,3	9 876,4	-2,4	13 543,9	37,1
CSG	11 621,4	9 191,6	-20,9	9 384,3	2,1	9 608,2	2,4
Autres ITAF	1 408,2	931,2	-33,9	492,2	-47,1	3 935,7	++
C.S.S.S.	800,0	800,0	0,0	300,0	-62,5	160,0	-46,7
Contribution additionnelle à la C.S.S.S.	0,0	0,0	-	0,0	-	982,0	-
Licence UMTS	0,0	0,0	-	0,0	-	70,0	-
Contribution sur avantages de retraite	28,7	33,4	16,4	93,6	++	98,5	5,2
Contribution sur avantages de préretraite	22,3	-0,5	--	1,4	--	0,0	--
Contribution sur retraite chapeau	0,0	0,0	-	0,0	-	86,0	-
Prélèvement social de 2%	557,2	98,2	-82,4	97,1	-1,1	110,7	14,0
Forfait social	0,0	0,0	-	0,0	-	495,3	-
Taxe sur les salaires	0,0	0,0	-	0,0	-	1 933,2	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	2 385,7	2 882,8	20,8	3 599,8	24,9	4 386,6	21,9
Transferts entre organismes	2 385,7	2 882,8	20,8	3 599,8	24,9	4 386,6	21,9
Prises en charge par la CNAF des majo. pour enfants	2 385,7	2 882,8	20,8	3 599,8	24,9	4 386,6	21,9
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	0,0	0,9	-	0,1	-87,3	0,1	0,0
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	3,8	0,0	--	0,1	-	0,1	0,0
- pour dépréciation des actifs circulants	3,8	0,0	--	0,0	-	0,0	-
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	0,1	-	0,1	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	9,4	0,9	-90,2	0,1	-92,9	0,1	0,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,0	0,1	++	0,1	38,8	0,1	1,8
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	1,3	1,4	14,3	1,7	19,3	0,0	--
Résultat net	812,5	-3 162,4	--	-4 069,8	28,7	-4 066,8	-0,1
Charges nettes	14 545,0	16 039,1	10,3	17 450,6	8,8	21 938,5	25,7
Produits nets	15 357,5	12 876,7	-16,2	13 380,8	3,9	17 871,7	33,6
Résultat net	812,5	-3 162,4	--	-4 069,8	28,7	-4 066,8	-0,1

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

Tableau 1 : Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits

	En points		
	2009	2010	2011
Charges nettes	10,3	8,8	25,7
PEC cotisations chômage	9,1	3,4	0,3
Autres PEC de cotisations	-0,1	3,9	3,8
PEC du minimum vieillesse	0,3	0,7	0,7
PEC des majorations de pensions	1,0	0,7	0,9
Pec du minimum contributif	0,0	0,0	20,1
Autres charges nettes	0,0	0,1	0,0
Produits nets	-16,1	3,9	33,6
CSG et cotisations pec par l'Etat, nettes, à champ	-1,7	1,8	2,0
Diminution de 0,2 point de la CSG	-14,5		
C.S.S.S.	0,0	-3,9	-1,0
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite	-0,1	0,5	0,0
Prélèvement social de 2%	-3,0	0,0	0,1
PEC par la CNAF des majorations pour enfants	3,2	5,6	5,9
Licence UMTS			0,5
Recettes loi retraite			26,1
Autres produits nets	0,0	0,0	0,0

Les prises en charge de prestations par le FSV progressent à un rythme soutenu en 2010 et voient leur périmètre élargi en 2011

Ces prises en charge représentaient plus de 40% du total des dépenses du fonds en 2010.

Pour un peu moins de 60%, elles se composent des majorations de pensions de retraite versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants, qui suivent la progression des pensions de retraite, de façon un peu atténuée en raison de la diminution de la part des familles nombreuses. Ainsi, elles décélèrent légèrement en 2010 (+2,7% après +3,5% en 2009) sous l'effet notamment d'une plus faible revalorisation des pensions de retraite. En 2011, revalorisées de 1,8% en moyenne annuelle, elles retrouveraient une croissance de 3,5%.

Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse sont structurellement moins dynamiques en raison d'une baisse tendancielle des effectifs due à l'amélioration du niveau des pensions contributives. Cependant, ces charges ont progressé de 3,9% en 2010 et elles conserveraient cette croissance en 2011. Cette dynamique est largement imputable aux revalorisations intervenues et à venir afin de mettre en œuvre l'augmentation de 25% du minimum vieillesse versé aux personnes seules à l'horizon 2012 (*cf.* encadré 1 rapport CCSS de septembre 2010) : +4,7% en avril 2010 et 2011. Le coût global des mesures spécifiques de revalorisation du minimum vieillesse est estimé à 300 M€ en 2010 et à 450 M€ en 2011.

A compter de 2011, la loi de réforme des retraites a élargi les prises en charge de prestation au minimum contributif (*cf.* encadré 2). Ces nouvelles charges représenteraient dès 2011 16% de l'ensemble des charges et pèseraient pour 20 points dans la hausse de 26% des charges cette année.

Les recettes largement amputées en 2009 repartent à la hausse en 2010 et 2011

En 2010, les produits nets du FSV, qui s'étaient réduits de 16% en 2009 suite au transfert à la CADES d'une fraction de 0,2 point de CSG en application de la LFSS 2009, ont progressé de 3,9%. La CSG (nette des provisions et pertes sur créances irrécouvrables) représentait 70% des produits en 2010. Elle a crû de 2,5% en 2010 et progresserait de 2,8% en 2011, contribuant respectivement pour 1,8 et 2 points à l'augmentation des produits.

Le transfert en provenance de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants augmente fortement, conformément à la LFSS 2009 qui porte la charge de la CNAF à 70% en 2009, 85 % en 2010 et 100% en 2011 (contre 60% en 2008) des dépenses supportées par le FSV au titre de ces majorations. Une partie du gain liée à cette montée en charge est transférée à la CNAV par le biais d'une modification de la clé de répartition du prélèvement social de 2% sur les revenus du patrimoine et produits de placement dont la part affectée au FSV est ainsi passée en 2009 de 20% à 5% (*cf.* tableau 2). Le reste du gain sert à financer les nouvelles prises en charge de cotisations (*cf. supra*).

En 2010, le rendement de la contribution sur les avantages de retraite a presque triplé (94 M€ en 2010 contre 33 M€ en 2009) sous l'effet du doublement des taux et de la création d'une surcotisation sur les rentes supérieures à 8 plafonds.

La hausse du besoin de financement du RSI, dont les branches vieillesse et maladie sont équilibrées par la CSSS, s'est traduite par un effondrement de la part de CSSS affectée au FSV : de 800 M€ en 2008 et 2009, elle est passée à 300 M€ en 2010 et elle diminuerait encore presque de moitié en 2011 (160 M€).

Enfin, la réforme des retraites a affecté de nouvelles recettes au FSV pour lui permettre de financer la prise en charge du minimum contributif auparavant à la charge de la CNAV (*cf.* encadré 2).

Encadré 1 – Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget ; il assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Les charges du FSV sont principalement :

- des prises en charge des cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal, maladie à compter du 1er juillet 2010), ainsi que, depuis 2001, des cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État ;
- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse (cf. encadré 1, fiche 15-1 rapport CCSS de septembre 2010), des majorations de pension pour enfants et conjoint à charge et du minimum contributif à compter de 2011 (cf. encadré 1).

Les produits du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG (0,85 point depuis 2009, 1,05 point précédemment), d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés, ainsi que d'une partie du produit du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital (20% jusqu'en 2008, 5% depuis 2009), d'une fraction de la redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS) à compter de 2011 ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (fixé à 60% des charges depuis 2003, ce taux a été porté à 70% en 2009, 85% en 2010, puis 100% à compter de 2011 conformément à la LFSS pour 2009) ;
- de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (retraites « chapeau ») ;
- de nouvelles recettes en 2011 compensant les prises en charge de prestations au titre du minimum contributif (cf. encadré 2).

Encadré 2 – La réforme des retraites

La réforme des retraites de 2010 a modifié le périmètre des prises en charge du FSV, en lui transférant une partie de la prise en charge du minimum contributif jusqu'alors assumée par la CNAV. Le minimum contributif étant un dispositif de solidarité, il a paru justifié de le faire entrer dans le périmètre des missions du FSV. En contrepartie de ces nouvelles charges, le FSV bénéficie directement ou indirectement de toutes les mesures de financement retenues dans le cadre de la réforme (cf. fiche 4.5).

Il perçoit tout d'abord une fraction de la taxe sur les salaires (16,7%) qui faisait jusqu'alors partie du panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux de cotisations dont le coût a été réduit par l'annualisation du mode de calcul de cette exonération.

En outre, le FSV reçoit désormais la CSSS additionnelle et une partie du forfait social, taxes qui étaient auparavant affectées à la CNAM.

Enfin, de nouvelles dispositions relatives à l'assujettissement des retraites « chapeau » permettront d'augmenter le rendement de ces prélèvements au profit du FSV.

Ces nouvelles recettes équilibrent en prévision les prises en charge au titre du minimum contributif en 2011.

Par ailleurs, le FSV bénéficie en 2011 de recettes anciennement affectées au FRR: licence UMTS, contribution des employeurs au PERCO.

Tableau 2 : Bilan financier des mesures de transferts programmées en LFSS 2009

	En Mde		
	2009	2010	2011
Augmentation de la prise en charge des majorations pour enfants par la CNAF	0,4	1,1	1,8
Transfert du 2% capital du FSV vers la CNAV	-0,3	-0,3	-0,3
Prise en charge des cotisations au titre de la maladie par le FSV	0,0	-0,6	-1,3
<i>Solde des mesures</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>

17.2. LE FRR

Le contexte juridique et institutionnel

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020. L'article 6 de la loi du 17 juillet 2001 l'a rendu autonome à compter du 1^{er} janvier 2002.

La contribution du fonds au financement des retraites a toutefois été anticipée à compter de 2011 afin de tenir de la dégradation plus précoce que prévu des comptes de la branche vieillesse par rapport aux prévisions sous-jacentes à la définition initiale des missions du FRR. Ainsi, la LFSS pour 2011 a prévu le transfert à la CADES, dans la limite globale de 62 Md€, des déficits de la CNAV et du FSV sur la période de montée en charge des mesures de redressement prévues par la réforme des retraites adoptée par le Parlement en 2010 (montée en charge s'étalant de 2011 à 2018). Ces reprises de dette seront financées par la mobilisation du FRR : d'une part, le produit, jusqu'ici dévolu au FRR, de la part de 65% du prélèvement social de 2% sur le capital est désormais affecté à la CADES ; d'autre part, le FRR versera chaque année, à compter de 2011 et jusqu'en 2024, 2,1 Md€ à la CADES au titre de la réalisation progressive de ses actifs.

En outre, et ce depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer pour le compte de la CNAV, jusqu'en 2020, 40% de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) au régime général en contrepartie de son adossement.

Les abondements reçus par le FRR se sont élevés à 2,3 Md€ en 2010

En 2010, le FRR a reçu 2,3 Md€ d'abondements, ce qui porte à 28,3 Md€ le montant cumulé de ses recettes depuis 1999. Les abondements du fonds ont été principalement constitués par la recette correspondant à une fraction de 65% du prélèvement social de 2% sur les produits de placement, pour 1,4 Md€, soit un rendement quasiment équivalent à celui de 2009. De plus, le FRR a bénéficié des produits exceptionnels issus de la vente de la dernière licence de téléphonie mobile de troisième génération (pour 0,3 Md€) et de la mise aux enchères des dernières fréquences disponibles (pour 0,6 Md€).

En 2010, la performance du portefeuille du FRR s'établit à 4,2%

Au 31 décembre 2010, la valeur de marché des actifs du FRR (y compris soulte IEG) était de 37,0 Md€ contre 33,3 Md€ un an auparavant. Cette progression, attribuable à la poursuite du rebond qu'ont connu les marchés financiers depuis 2009 sur l'ensemble des classes d'actifs, correspond à une performance du portefeuille¹³⁷ du fonds de 4,2% en 2010. Elle permet à l'actif net du FRR de retrouver un niveau supérieur à celui atteint avant la crise financière (34,5 Md€ fin 2007). Dans ces conditions, la performance globale du FRR en moyenne annuelle depuis sa création était de 3,0% au 31 décembre 2010.

Le portefeuille du fonds au 31 décembre 2010 se décomposait comme suit : 32,3% d'actions, 45,6% d'obligations, 6,5% d'actifs de diversification (immobilier, matières premières) et 15,7% de trésorerie.

Le résultat financier du FRR s'établit à 662 M€ en 2010

En 2010, le FRR a dégagé un résultat financier de 662 M€ (après -78 M€ en 2009). L'arrivée à échéance de plusieurs mandats de gestion passés en 2006/2007 a entraîné pour des raisons techniques et d'opportunité la liquidation d'une partie des valeurs de ces portefeuilles. Après deux années déficitaires, ces cessions ont entraîné la réalisation de plus-values pour un montant net de 0,8 Md€.

¹³⁷ Cette performance est calculée en neutralisant l'accroissement de la valeur de l'actif lié aux abondements.

Par ailleurs, les revenus tirés en 2010 des valeurs mobilières (dividendes, coupons) ont rapporté 0,9 Md€.

Aussi, la valeur des contrats qui permettent au FRR de couvrir systématiquement 90% de son portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation a connu une évolution négative de -0,7 Md€ dans la mesure où l'euro s'est en moyenne déprécié face aux devises étrangères en 2010. Cette perte est cependant contrebalancée par l'appréciation générale des actifs du FRR libellés en devises. Les 10% d'actifs libellés en devises non couverts ont quant à eux dégagé des gains via une augmentation de leur contrevalet en euros.

Enfin, les instruments financiers à terme du FRR ont enregistré une perte de -0,1 Md€. Ce type de produits apporte au fonds la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs, en lui permettant d'ajuster, plus rapidement qu'en modifiant les portefeuilles physiques, les parts respectives des grandes catégories d'actifs (actions, obligations).

Tableau 1 – Valeur de marché de l'actif du FRR depuis 2008 (au 31 décembre) et performance annuelle des placements

	2008	2009	2010
Actifs du FRR au 31/12	27,7 Md€	33,3 Md€	37,0 Md€
<i>dont soultte IEG</i>	2,9 Md€	3,3 Md€	3,5 Md€
Performance annuelle des placements	-24,9%	15,0%	4,2%

Source : DSS / FRR

Tableau 2 – Résultat du FRR depuis 2008

En M€	2008	2009	2010
Résultat de l'exercice	-2 560	-133	603
Résultat financier	-2 486	-78	662
dont cessions de valeurs mobilières	-2 168	-1 566	774
<i>Gains</i>	772	980	1 994
<i>Pertes</i>	-2 941	-2 546	-1 219
dont revenus de valeurs mobilières	1 031	881	842
dont change	-422	482	-753
<i>Gains</i>	1 199	1 934	902
<i>Pertes</i>	-1 621	-1 451	-1 655
dont instruments financiers	-1 326	-55	-74
<i>Gains</i>	501	491	512
<i>Pertes</i>	-1 827	-546	-586
dont solde sur autres opérations financières	400	180	-126,5
Frais de fonctionnement	74	55	59
<i>dont commissions de gestion</i>	51	27	29

Source : DSS / FRR

NB : Le résultat présenté ci-dessus ne prend en compte que les gains et pertes effectivement réalisés sur les cessions de titres. Il n'intègre donc pas les plus ou moins values latentes.

Tableau 3 – Abondements et solde cumulé

En M€	2008	2009	2010
Abondements	1 839	1 461	2 273
Prélèvements de 2% sur le revenu du capital	1 813	1 417	1 389
UMTS (licences téléphonie mobile)	19	32	874
Contribution de 8,2% sur l'épargne salariale	7	12	10
Résultat de l'exercice	-2 560	-133	603

Source : DSS / FRR

17.3. LA CNSA

Malgré une sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD), la CNSA demeure déficitaire en 2010

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (cf. encadré 1) est déficitaire en 2010 à hauteur de 292 M€, mais conserve un excédent cumulé de 247 M€. Dans ses produits et ses charges, la part des transferts entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie reste prépondérante.

Les charges se sont montées à 19,2 Md€ (cf. tableau 1), soit une augmentation de 5,7% par rapport à 2009. Les versements aux régimes d'assurance maladie sont égaux aux dépenses enregistrées, par ces régimes, au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux. Ils représentent 16,4 Md€, dont 15,1 Md€ sont financés par l'ONDAM médico-social (7,1 Md€ au titre des personnes âgées et 8 Md€ au titre des personnes handicapées), et 1,2 Md€ financés sur les ressources propres de la CNSA (en hausse de 6% par rapport à 2009).

Ces charges sont inférieures de 32 M€ à celles qui avaient été fixées dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD)¹³⁸ (16,4 Md€). Ces 32 M€ sont la combinaison d'une sous-consommation de 229 M€ sur le champ des personnes âgées et d'une surconsommation de 197 M€ sur celui des personnes handicapées.

La CNSA a financé 2,1 Md€ de concours, allant pour la quasi-totalité aux départements (au titre de l'APA, de la PCH et du financement des maisons départementales du handicap) ; 12 M€ au titre de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour la CNAF, 24 M€ au titre des groupes d'entraides mutuelles, et 2,1 M€ pour l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM).

En 2010, la CNSA a versé 130 M€ aux établissements par l'intermédiaire des plans d'aide à la modernisation (100 M€ sont destinés aux établissements pour personnes âgées et 30 M€ pour les établissements pour personnes handicapées). Ce montant est en diminution de 300 M€ par rapport à 2009, année au cours de laquelle ont été comptabilisées des dépenses au titre des plans de relance d'aide à l'investissement et des contrats de plan Etat-régions.

Les produits de la CNSA se sont élevés à 18,9 Md€ en 2010. La recette principale (80% des produits) est constituée de la contribution des régimes d'assurance maladie, correspondant à l'ONDAM médico-social voté en LFSS (cf. encadré 2), qui s'élève à 15,1 Md€ en 2010. La CNSA dispose également de recettes propres : 2,2 Md€ de contribution de solidarité pour l'autonomie (+1,5% par rapport à 2009) et 1,1 Md€ de CSG (0,1 point de prélèvement), en hausse de 2,0% par rapport à 2009.

¹³⁸ En 2006 est mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé par le montant d'ONDAM transféré par l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA (voir encadré 1).

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 du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux - accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - financés par l'assurance maladie. La CNSA répartit également des concours financiers nationaux aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) et finance une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales. Elle assure aussi un rôle d'expertise sur les questions liées à l'évaluation et à la prise en charge de la perte d'autonomie et anime, avec les conseils généraux qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

Depuis 2006, l'ensemble des dépenses médico-sociales sont intégrées dans les comptes de la CNSA via des dotations ONDAM de la sécurité sociale¹³⁹ : chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA. Il est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA.

Encadré 2 - Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et son montant correspond à la somme de deux éléments :

1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité. Ce montant peut s'écarter de celui des sous-objectifs relatifs aux dépenses pour personnes âgées et pour personnes handicapées voté dans la loi de financement : des opérations dites de « fongibilité » intervenant après le vote de la LFSS conduisent en effet à prendre en compte des transferts de dépenses internes à l'ONDAM liés à des changements de statut de certaines structures. Par exemple, des établissements de santé se transformant en EHPAD conduisent à revoir à la hausse le besoin de financement pour les personnes âgées tandis que les dépenses hospitalières sont minorées d'autant ;

2° une part (54%) des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Encadré 3 - Remarques sur le compte de la CNSA présenté à la CCSS

La présentation du compte de la CNSA suit la même logique comptable que celle retenue pour les comptes des autres organismes suivis par la CCSS : dans le compte de résultat d'un exercice donné, sont retracés uniquement les charges et les produits de cet exercice (les excédents éventuels d'un exercice étant inscrits au bilan de l'année).

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 modifiée (article 60) a prévu de retracer les produits et les charges de la CNSA en six sections distinctes. Le tableau 1 retrace la présentation du compte et détaille certains postes des charges de la CNSA. Cette présentation diffère ainsi des autres présentations de compte des autres caisses.

¹³⁹ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

En 2011, le solde comptable de la CNSA resterait déficitaire de 197 M€, son résultat cumulé demeurant positif

La prévision du solde 2011 de la CNSA est établie sous l'hypothèse d'un respect de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD)¹⁴⁰.

En 2011, **les charges** globales de la CNSA augmenteraient de 3,4%. La prévision de l'OGD est de 17,0 Md€ et la composante financée par l'ONDAM médico-social s'établirait à 15,7 Md€. Ainsi, l'apport propre de la CNSA s'élèverait à 1,2 Md€.

La CNSA financerait les plans d'aide à l'investissement des établissements à hauteur de 113 M€ (-13% par rapport à 2010). Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH devraient s'accroître de 3,4%, en cohérence avec la hausse de recettes de CSA et CSG (+2,9%). Le fait marquant de cette année 2011 serait le financement à hauteur de 12,2 M€ de trente-cinq nouvelles maisons pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et de cent cinq gestionnaires de cas supplémentaires, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

La CNSA bénéficierait de **produits** en hausse de 3,9%. La participation des caisses d'assurance maladie connaîtrait une progression de 4,6%. Les recettes propres de la CNSA augmenteraient de 2,9%, à un rythme plus rapide qu'en 2010 (+1,7%) grâce aux effets de la reprise économique.

Sous ces hypothèses, et malgré une croissance des produits plus rapide que celle des charges, la CNSA demeurerait déficitaire à hauteur de 197 M€ et son résultat cumulé diminuerait, mais resterait positif de 51 M€.

Les écarts de prévision à la LFSS 2011

Le résultat 2010 est dégradé de 98 M€ par rapport à la prévision établie lors de la LFSS 2011 passant d'un déficit de 193 M€ à 292 M€.

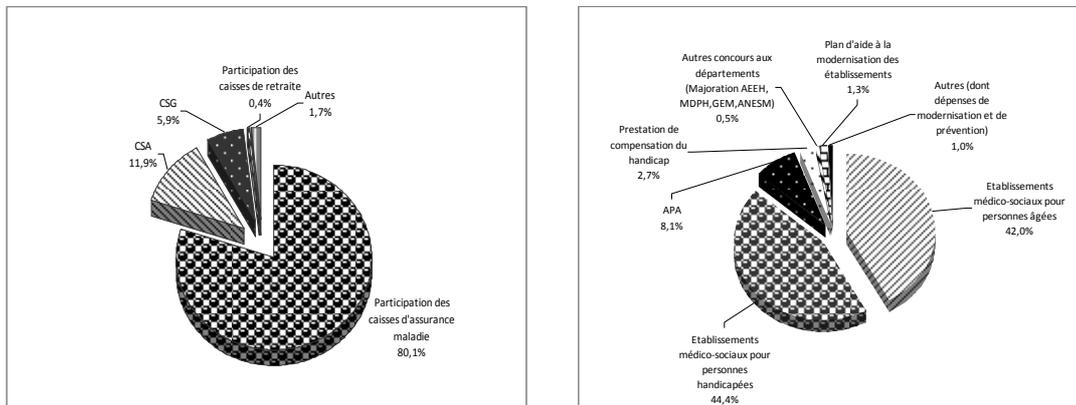
D'une part, les produits ont été supérieurs de 90 M€ par rapport à la prévision de la LFSS. Les reprises sur provisions pour charges techniques et exceptionnelles (hausse de 312 M€ par rapport à la LFSS) expliquent la majeure partie de cette révision, malgré une légère baisse de près de 17 M€ des recettes propres de la CNSA.

Quant aux charges, une hausse de 188 M€ est enregistrée par rapport à la LFSS 2011. 32 M€ proviennent de la sous-consommation de 32 M€ de l'OGD. L'augmentation globale des charges est donc due à d'autres postes, principalement les subventions de la CNSA et les dotations aux provisions pour 124 M€.

La nouvelle prévision pour 2011 est plus dégradée de 56 M€ par rapport à la LFSS en raison de la hausse des dotations aux provisions d'un montant de 283 M€.

¹⁴⁰ La prévision présentée ici reprend les charges prévues par le conseil de la CNSA à la date du 12 avril 2011. Les produits de CSA et CSG prennent en revanche en compte les dernières hypothèses macro-économiques et peuvent donc s'écarter légèrement des montants inscrits dans le dernier budget prévisionnel de la CNSA.

Graphique 1 : Répartition des produits et des charges de la CNSA en 2010



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

Tableau 1 : Compte de la CNSA de 2008 à 2011

En millions d'euros

CNSA - Maladie	2008	2009	%	2010	%	2011	%
CHARGES	16 568	18 127	9,4	19 158	5,7	19 803	3,4
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	16 554	18 113	9,4	19 070	5,3	19 786	3,8
I - PRESTATIONS SOCIALES	393	559	42,3	269	-51,9	223	-17,2
Prestations extralégales	393	559	42,3	269	-51,9	223	-17,2
dont PAI, CPER et plan de relance à l'investissement - personnes âgées (2) (3)	222	323	45,9	100	-68,9	67	-33,4
PAI, CPER et plan de relance à l'investissement - personnes handicapées	75	138	83,2	30	-78,1	46	53,8
II - CHARGES TECHNIQUES	16 019	17 338	8,2	18 497	6,7	19 248	4,1
Transferts entre organismes	13 778	15 194	10,3	16 366	7,7	17 036	4,1
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (1)	6 073	7 252	19,4	7 953	9,7	8 550	7,5
- mesures financées par l'apport CNSA	550	985	79,2	783	-20,5	961	22,7
- ONDAM budgété	5 523	6 267	13,5	7 170	14,4	7 589	5,8
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées	7 684	7 919	3,1	8 401	6,1	8 481	1,0
- mesures financées par l'apport CNSA	308	192	-37,6	454	++	251	-44,7
- ONDAM budgété	7 376	7 727	4,8	7 947	2,8	8 230	3,6
Concours versé à la CNAF au titre de la majoration parents isolés de l'AES	21	23	7,6	12	-49,5	5	-53,6
Concours versé à la CNAF au titre des congés de soutien familial	0	0	-	0	++	1	++
ANESM	2	2	20,0	2	18,9	2	9,8
Modernisation de l'aide à domicile	46	29	-37,9	35	21,3	84	++
Fonctionnement des maisons départementales du handicap	45	60	33,3	65	8,4	60	-7,8
Divers fonds de concours au budget de l'État (dont GEM, groupe d'entraide mutuelle)	24	24	0,0	24	0,0	27	12,5
Participation au financement des fonds et organismes	2 241	2 144	-4,3	2 130	-0,6	2 212	3,8
dont Allocation personnalisée d'autonomie	1 619	1 548	-4,4	1 536	-0,8	1 585	3,2
Prestation de compensation du handicap	551	510	-7,5	502	-1,5	524	4,3
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	26	26	0,8	29	10,1	32	11,0
Pertes sur créances irrécouvrables	12	12	4,4	15	19,8	17	17,0
Autres charges techniques	14	14	-2,2	14	1,6	15	4,8
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	116	189	63,2	275	45,4	283	3,0
dont Dotation aux provisions personnes âgées	69	121	76,5	165	36,1	200	21,3
Dotation aux provisions personnes handicapées	32	52	58,7	78	52,1	63	-19,6
- pour dépréciation des actifs circulants	15	17	11,6	32	92,3	30	-4,7
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	13	13	-0,2	13	-1,6	17	27,3
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	0	0	-	75	++	0	--
PRODUITS	16 624	17 653	6,2	18 866	6,9	19 606	3,9
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	16 612	17 646	6,2	18 866	6,9	19 606	3,9
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	3 419	3 306	-3,3	3 361	1,7	3 457	2,9
CSG, impôts et taxes affectés	3 418	3 305	-3,3	3 360	1,7	3 457	2,9
CSG	1 123	1 099	-2,1	1 121	2,0	1 149	2,5
Autres ITAF	2 296	2 206	-3,9	2 239	1,5	2 308	3,1
CSA	2 296	2 206	-3,9	2 239	1,5	2 308	3,1
II - PRODUITS TECHNIQUES	12 899	13 994	8,5	15 118	8,0	15 819	4,6
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	66	66	0,4	67	1,2	68	1,5
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	164	235	42,7	311	32,7	253	-18,7
dont reprises aux provisions personnes âgées	97	169	74,6	210	24,3	190	-9,5
reprises aux provisions personnes handicapées	35	35	0,0	96	++	63	-34,3
V - PRODUITS FINANCIERS	64	46	-28,4	10	-78,7	10	2,1
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0	0	-95,2	0	--	0	--
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	12	6	-47,4	1	-91,8	0	-84,7
Résultat net	56	-474	-	-292	-38,5	-197	-32,5
Résultat cumulé	1 013	539		247		51	

¹ Plans d'aide à l'investissement des établissements (PAI) qui remplacent, à partir de 2009, les Plans d'aide à la modernisation des établissements

³ Contrat Plan Etat Région (CPER)

Source : Direction sécurité sociale (SDEPF/6A)

17.4. LA CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin d'amortir sur une durée limitée, grâce à des ressources dédiées, les dettes sociales qui lui sont transférées. Depuis sa création jusqu'à fin 2010, la caisse s'est vu transférer près de 135 Md€ de dette sociale.

La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a autorisé la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 à porter un schéma de reprise de dette conduisant à prolonger, en prévision, dans la limite de quatre années, la durée d'amortissement de la CADES.

Dans ces conditions, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu le transfert à la CADES :

- dans la limite globale de 68 Md€, des déficits du régime général (hors branche AT-MP) et du FSV de 2009 et 2010, ainsi que des déficits prévisionnels de 2011 de la CNAM et de la CNAF,

- dans la limite de 62 Md€, des déficits de la CNAV et du FSV sur la période 2011-2018, dans l'attente de la pleine montée en charge de la réforme des retraites votée en 2010 par le Parlement.

En 2010, la CADES a amorti 5,1 Md€ de dette sociale

L'année 2010 n'a fait l'objet d'aucun nouveau transfert de dette à la CADES. A la fin de l'année, le montant total des dettes reprises par la CADES s'élevait à 134,6 Md€ (cf. tableau 2). A cette même date, la CADES en avait amorti 47,9 Md€ (cf. tableau 3), dont 5,1 Md€ au cours du seul exercice 2010.

La politique d'émission de la CADES en 2010

Après une année 2009 particulièrement active en raison de la reprise des déficits cumulés à fin 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (35,7 Md€ d'émissions de court, moyen et long termes), le programme de financement 2010 de la CADES a atteint un montant total d'émissions de 13,8 Md€.

L'essentiel du financement 2010 a reposé sur l'émission en juin d'un emprunt à 10 ans de 2,5 Md€ en euros, montant qui a ensuite été augmenté à deux reprises dans le courant de l'année pour atteindre au total 4,3 Md€. Le financement 2010 a également été réalisé en devises, principalement – pour 5,3 Md – en dollars, sachant que ces opérations se sont systématiquement accompagnées d'une couverture contre le risque de change.

L'encours des émissions de court terme a quant à lui sensiblement diminué par rapport à 2009, pour se stabiliser en cours d'année 2010 autour de 5 Md€. La CADES a continué de bénéficier du faible niveau des taux d'intérêt à court terme en 2010. Au 31 décembre 2010, le taux de refinancement de la Caisse¹⁴¹ s'élevait à 3,56% (contre 3,38% au 31 décembre 2009).

¹⁴¹ Le taux de refinancement de la CADES est égal à la somme des intérêts sur les emprunts en vie divisé par la somme des nominaux des emprunts en vie.

La LFSS pour 2011 a prévu le transfert progressif d'un montant maximum de 130 Md€ supplémentaires à la CADES

La loi organique n°2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a autorisé, à titre dérogatoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 à porter un schéma de reprise de dette susceptible de repousser de quatre années supplémentaires au plus la date prévisionnelle de fin de vie de la CADES.

Dans le respect de ces dispositions organiques, l'article 9 de la loi de financement pour 2011 a prévu la reprise par la CADES d'un montant maximal de 130 Md€ de dette supplémentaire selon les modalités suivantes :

- reprise au cours de l'année 2011, dans la limite de 68 Md€, des déficits cumulés du régime général (hors branche AT-MP) et du fonds de solidarité vieillesse pour 2009-2010, ainsi que des déficits prévisionnels des branches maladie et famille du régime général pour 2011. Le financement de ces nouvelles missions est assuré par l'affectation à la CADES de 0,28 point de CSG supplémentaire auparavant attribué à la branche famille.
- reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse dans la limite de 10 Md€ par an et de 62 Md€ au total. Le financement de ce transfert est prévu par la mobilisation du fonds de réserve pour les retraites. En particulier, celui-ci est désormais tenu de verser à la CADES, chaque année sur la période 2011-2024, un montant de 2,1 Md€ acquis par la réalisation d'une partie des actifs du fonds.

Tableau 1 - Reprise de dette au cours de l'exercice 2011 prévu en LFSS pour 2011

Années	CNAMTS	CNAV	CNAF	FSV	Total
2009	-10,6	-7,2	-1,8	-3,2	-22,8
2010 (p)	-12,1	-9,1	-2,9	-4,3	-28,4
2011 (p)	-11,5		-2,7		-14,2
Total	-34,1	-16,3	-7,4	-7,4	-65,3

Source : DSS / CADES

La CADES a commencé les versements à l'ACOSS fixés provisoirement à 65,3 Md€ en application du décret n°2011-20 du 5 janvier 2011. Ces montants feront l'objet d'une régularisation en 2012 lorsque les comptes définitifs 2011 seront connus.

Tableau 2 - Reprises de dette par la CADES depuis l'origine

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004(2)	2005(3)	2006(4)	2007	2008	2009(5)	2011(6)	en Md€	
	Ord. N°96-50 du 24 Janvier 1996	Loi n°97-1164 du 19 décembre 1997 (LFSS 1998)	Loi n°2002-1487 du 20 déc 2002 (LFSS 2003)	Lois n°2003-1199 du 18 déc 2003 (LFSS 2004) et 2004-810 du 13 août 2004	Loi n°2004-810 du 13 août 2004	Loi n°2004-810 du 13 août 2004	Loi n°2004-810 du 13 août 2004	Loi n°2008-1330 du 17 déc 2008	Loi n°2008-1330 du 17 déc 2008	Loi n°2010-1594 du 20 déc 2010	31/12/2010	31/12/2011
Régime general	20,89	13,26		35,00	6,61	5,70	-0,06	10,00	17,00	68,00	108,40	176,40
Etat (1)	23,38										23,38	23,38
CANAM	0,46										0,46	0,46
Champ FOREC			1,28	1,10							2,38	2,38
TOTAL	44,73	13,26	1,28	36,10	6,61	5,70	-0,06	10,00	17,00	68,00	134,62	202,62

Source DSS

(1) Le montant indiqué représente le montant en capital augmenté des intérêts d'emprunts.

En effet, la CADES a repris, en 1996, la dette de l'Etat au titre d'une dette sociale ancienne dont 16,8 Md€ en capital et 6,58Md€ en intérêts;

(2) Le montant de la reprise de dette de 35 Md€ effectuée en 2004 fait l'objet d'une régularisation de 1,69 Md€ opérée en 2005.

(3) Le montant de la reprise de dette de 8,3 Md€ effectuée en 2005 fait l'objet d'une régularisation de 0,3 Md€ opérée en 2006.

(4) Le montant cumulé des reprises de dettes à fin 2006 fait l'objet d'une régularisation de 0,06 Md€ opérée en 2007.

A fin 2011, il resterait à la CADES 143,2 Md€ à amortir

A fin 2011, la dette amortie par la CADES depuis sa création atteindrait 59,4 Md€. Les intérêts d'emprunt servis parallèlement par la CADES représenteraient 33,6 Md€. La dette restant à amortir à cette date s'élèverait alors à 143,2 Md€ (cf. tableau 3).

Tableau 3 - Amortissement de la dette sociale

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	202 611	11 448	59 384	-143 197

Conformément aux dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010 mentionnée plus haut, l'horizon prévisionnel d'extinction de la dette sociale a été repoussé de quatre années : selon le scénario médian de la CADES, l'intégralité de la dette serait ainsi remboursée en 2025 (contre 2021 avant l'intervention de la loi de financement pour 2011).

Encadré 1 - Ressources de la CADES¹⁴²

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été jusqu'en 2008 la ressource exclusive et quasi-unique de la CADES. Elle est assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et du patrimoine ainsi que sur les jeux et les ventes de métaux précieux. Son taux est de 0,5%. Le produit attendu en 2011 est estimé à 6,1 Md€, soit une augmentation de 1,9% par rapport à 2010.

Pour satisfaire aux exigences de la loi organique du 2 août 2005 qui impose que toute nouvelle opération de reprise de dette par la CADES soit accompagnée de l'affectation de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une fraction de 0,2 point de CSG, auparavant attribuée au FSV, a été en outre affectée à la CADES à compter du 1^{er} janvier 2009.

La nouvelle reprise de dette votée en LFSS pour 2011 s'accompagne également d'une affectation à la CADES de recettes nouvelles, à savoir :

- 0,28 point de CSG supplémentaire, auparavant affecté à la CNAF, portant le total de CSG affectée à la CADES à 0,48 point ;
- 1,3 point du prélèvement social de 2,2% sur les revenus du capital, antérieurement affecté au FRR ;
- Un versement annuel par le FRR de 2,1 Md€ sur la période 2011-2024.

Le rendement de la fraction de 0,2 point de CSG affectée à la CADES depuis le 1^{er} janvier 2009 a été de 2,2 Md€ en 2009 et de 2,3 Md€ en 2010, soit une augmentation de 2,1%. En 2011, le rendement attendu des 0,48 point de CSG désormais affectés à CADES est estimé à 5,5 Md€.

¹⁴² Les rendements présentés dans cet encadré s'entendent hors provisions et admissions en non valeurs.

Ressources de la CADES										
										<i>en M€</i>
Exercice	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (*)
CRDS (Rendement net)	4 621	4 724	4 896	5 181	5 479	5 681	6 015	6 026	6 025	6 239
CSG								2 233	2 270	5 653
1,3 point Prélèvement capital										1 438
Versement FRR										2 100
Total de ressources								8 259	8 295	15 430

** Données prévisionnelles*

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 et dont les principes fondamentaux sont :

- la minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché,
- la crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros),
- l'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués....),
- une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollars américains, australiens, canadiens...), le risque de change étant cependant neutralisé,
- un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais....).

La CADES, qui compte parmi les plus grandes agences européennes, bénéficie de conditions de financement aussi favorables que celles de la Banque Européenne d'Investissement et de la KfW allemande (Kasse für Wiederaufbau), notées, comme elle, triple A par les principales agences de notation internationales.

18.

**LES COMPTES DU REGIME
GENERAL**

18.1. CNAM – MALADIE

Le déficit de la CNAM s'est dégradé en 2010, pour se situer autour de 11,6 Md€

En 2010, le solde de la CNAM s'est creusé de 1 Md€, passant d'un déficit de 10,6 Md€ en 2009 à 11,6 Md€ en 2010, les charges nettes de la branche progressant à un rythme légèrement plus élevé que ses recettes (+3% contre +2,4% par rapport à 2009).

Concernant **les charges**, les prestations maladie-maternité (y compris les dotations aux provisions nettes des reprises) ont progressé de 2,7% en 2010 dans le périmètre de l'ONDAM, à un rythme moins rapide qu'en 2009 (+3,6%). Cette décélération est le fait d'un ralentissement des prestations en nature en établissements (*cf.* fiche 18.2) et, dans une moindre mesure, d'une surestimation des dotations aux provisions en 2009 qui minore les prestations nettes en 2010.

Les prestations hors ONDAM ont augmenté de 3,4% en 2010 tirées par la progression très dynamique des prestations médico-sociales (+23,4% par rapport à 2009) et des IJ maternité et paternité (+4,4%), la croissance des prestations d'invalidité, qui représentent plus de la moitié de ces prestations, restant modérée (+1,4% en 2010 après 0,9% en 2009).

Les charges techniques ont également progressé de 3,4% en 2010, la non reconduction de la dotation exceptionnelle à l'EPRUS de 2009 (0,3 Md€ environ) pour la gestion de la grippe A (H1N1) compensant en partie les fortes hausses des transferts de compensation (+6,1%) et d'équilibrage (+7,8%) et la progression de 46% des charges afférentes au dépassement du forfait CMU-C.

Le reste des charges a été quasi stable, le recul des charges de gestion courante et exceptionnelles compensant la hausse des charges financières.

Du côté **des produits**, les cotisations nettes et prises en charge d'exonération¹⁴³ avaient reculé de 1,6% en 2009. Elles représentent presque 60% des produits nets et se sont accrues de 2,4% en 2010. L'amélioration de la conjoncture et la progression de la masse salariale de 2% ont contribué à cette embellie. La croissance des exonérations est moins rapide que celle de l'assiette privée et cet écart de dynamique contribue pour 0,4 point à la hausse des cotisations nettes. Compte tenu du mode de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie (*cf.* fiche 4-2), les produits nets de CSG affectés à la CNAM n'ont crû que de 1,1% en 2010.

Par ailleurs, la CNAM a bénéficié en 2010 de 550 M€ de recettes nouvelles : doublement du taux de forfait social pour un rendement de 660 M€, contribution des organismes au titre de la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) pour un montant de 92 M€ et contribution sur les jeux et paris de 130 M€.

Le changement de comptabilisation des actifs opéré en 2009 avait ponctuellement augmenté les produits de gestion courante de plus de 100 M€ ; de ce fait, ces recettes ont fortement diminué en 2010 (-31%), retrouvant même un niveau inférieur à celui de 2008. Les autres produits techniques ont crû de plus de 7% grâce à une hausse des excédents de la CMU-C de plus de 20 M€ par rapport à 2009 et à la nouvelle contribution des organismes qui contrebalancent le passage en compte de tiers de la compensation par l'Etat des dépenses au titre d'allocation supplémentaire d'invalidité.

¹⁴³ La ligne « cotisations + prise en charge d'exonération » du tableau 1 regroupe les cotisations, les prises en charges de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux, les prises en charges des exonérations par l'Etat et les impôts et taxes affectés à la compensation des exonérations générales et sur les heures supplémentaires.

Tableau 1 : CNAM-maladie : Charges et produits nets

En millions d'euros

	2009	2010	%	2011	%
Charges nettes	150 042	154 715	3,1	159 087	2,8
Prestations nettes maladie-maternité du champ ONDAM	128 264	131 773	2,7	136 233	3,4
Autres dépenses du champ de l'ONDAM*	2 722	2 707	-0,6	3 046	12,5
Prestations hors ONDAM	8 908	9 210	3,4	9 221	0,1
Prestations médico-sociales nettes hors ONDAM	937	1 157	23,4	944	-18,4
IJ maternité/paternité	2 857	2 983	4,4	3 078	3,2
Invalidité	4 232	4 292	1,4	4 417	2,9
Décès	161	164	1,8	165	0,6
Action sanitaire et sociale	254	221	-13,3	194	-12,2
Actions de prévention	467	394	-15,6	424	7,6
Charges techniques	3 999	4 903	22,6	4 368	-10,9
Compensations	1 994	2 116	6,1	1 751	-17,3
Transferts d'équilibre	1 161	1 252	7,8	1 412	12,8
Dépassement forfait CMU-C	141	206	46,7	254	23,3
Autres charges	703	1 329	89,1	951	-28,5
Charges de gestion courante	6 049	5 945	-1,7	6 089	2,4
Charges financières	54	161	++	114	-28,9
Charges exceptionnelles	46	16	-64,3	16	0,0
Produits nets	139 471	143 111	2,4	148 745	3,9
Produits de gestion technique	139 082	142 742	9,8	148 344	3,9
Cotisations et exos compensées	78 453	80 298	2,4	83 769	4,3
CSG nette	49 982	50 541	1,1	52 175	3,2
Autres ITAF	5 959	6 825	14,5	8 047	17,9
Produits entités publiques autres que l'Etat	796	876	10,0	876	0,0
Apport CNSA net	862	1 072	24,3	1 022	-4,6
Autres prises en charge de prestations	216	224	3,4	231	3,2
Compensations	297	268	-9,7	63	-76,3
Transfert d'équilibre	196	199	1,8	200	0,3
Transfert CNAT	710	710	0,0	710	0,0
Autres produits techniques	1 610	1 729	7,4	1 250	-27,7
Produits de gestion courante	456	314	-31,2	321	2,3
Produits financiers	6	10	62,9	3	-69,2
Produits exceptionnels	170	80	-52,9	80	0,0
Résultat net	-10 571	-11 604		-10 342	
Solde des compensations	-1 697	-1 848	8,9	-1 687	-8,7
Solde des transferts d'équilibre nets	-965	-1 053	9,0	-1 212	15,1

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

* Dépenses du champ de l'ONDAM, hors prestations (cf fiche 18-2), remises conventionnelles non déduites

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

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

Sont également neutralisées en produits et charges nettes les écritures symétriques de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

Le déficit de la CNAM se réduirait de près de 1,3 Md€ en 2011

Le déficit s'établirait à 10,3 Md€ en 2011, soit une amélioration du solde de 1,3 Md€ par rapport à l'exercice 2010 qui serait rendue possible par une croissance des produits nets plus forte (+3,9%) que celle des charges (+2,8%).

En ce qui concerne **les charges**, les prestations maladie-maternité nettes du champ ONDAM accélèreraient de +3,4% contre +2,7% en 2010, du fait de la progression plus rapide des prestations en nature et celles des établissements (*cf.* fiche 18.2).

Les prestations hors ONDAM seraient en hausse de 2,8%, les indemnités journalières maternité et paternité (+3,2%) et les prestations d'invalidité (+2,9%) étant les prestations les plus rapides. La croissance des prestations d'invalidité serait pour partie due au relèvement de l'âge de départ à la retraite dont les effets sur les prestations d'invalidité seraient de l'ordre de 40 M€ (*cf.* fiche 9-4).

S'agissant des autres postes de charges, les charges nettes de compensations baisseraient mécaniquement du fait de la fin de la compensation bilatérale avec le régime des marins. Cette baisse fera toutefois l'objet d'une hausse symétrique des transferts d'équilibrage.

Enfin, la dotation à l'EPRUS devrait considérablement se réduire (de l'ordre de 75%) et les autres charges techniques diminueraient.

Du côté des **produits**, les cotisations nettes et prises en charge d'exonération progresseraient de 4,3% en 2011. Le facteur principal de cette progression serait la bonne tenue de la masse salariale du secteur privé avec une hausse de +3,2%. L'excédent important du panier fiscal compensant les exonérations générales de cotisations explique la différence entre les évolutions de la masse salariale privé et celle de l'agrégat considéré.

Les recettes nettes de CSG croîtraient plus fortement qu'en 2010 (+3,2%), le mode de répartition de la CSG maladie devenant cette année favorable au régime général (*cf.* fiche 4-2). La mesure « primes contre dividendes » discutée dans le cadre du PLFR-SS contribuerait à la hausse de l'ensemble des recettes (*cf.* fiche 4-5).

Tableau 3 : CNAM-maladie : charges

En millions d'euros							
CNAM-M - Maladie	2008	2009		2010	%	2011	%
CHARGES	166 124,3	175 118,4	5,4	180 410,8	3,0	185 305,7	2,7
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	160 327,0	169 023,5	5,4	174 449,1	3,2	179 200,2	2,7
I - PRESTATIONS SOCIALES	130 329,5	137 680,0	5,6	141 868,2	3,0	146 440,0	3,2
Prestations légales	129 369,4	136 529,4	5,5	140 851,6	3,2	145 406,8	3,2
Prestations légales « maladie-maternité »	124 773,3	131 910,5	5,7	136 396,0	3,4	140 825,2	3,2
Prestations légales « maladie »	118 792,1	125 314,6	5,5	129 560,8	3,4	133 774,6	3,3
Prestations légales « maternité »	5 981,2	6 595,9	10,3	6 835,2	3,6	7 050,6	3,2
Prestations légales « invalidité »	4 435,4	4 458,0	0,5	4 291,9	-3,7	4 416,9	2,9
Prestations légales « décès »	160,7	160,8	0,1	163,7	1,8	164,7	0,6
Prestations extralégales	215,0	254,4	18,3	220,6	-13,3	193,7	-12,2
Autres prestations	745,1	896,2	20,3	796,1	-11,2	839,6	5,5
Actions de prévention (INPES et FNPEIS)	419,5	467,0	11,3	394,3	-15,6	424,2	7,6
Prestations : conventions internationales	325,6	429,2	31,8	401,8	-6,4	415,3	3,4
II - CHARGES TECHNIQUES	16 471,2	17 920,5	8,8	18 946,5	5,7	19 557,7	3,2
Transferts entre organismes	15 752,6	16 909,1	7,3	18 101,4	7,1	18 627,6	2,9
Compensations	1 834,3	1 994,1	8,7	2 115,9	6,1	1 750,8	-17,3
Compensation généralisée	40,7	155,3	++	168,8	8,7	16,0	-90,5
Compensations bilatérales	1 793,7	1 838,9	2,5	1 947,1	5,9	1 734,8	-10,9
Transferts d'équilibrage	1 203,7	1 161,2	-3,5	1 251,9	7,8	1 411,6	12,8
Prises en charge de cotisations	1 691,3	1 752,2	3,6	1 784,0	1,8	1 887,1	5,8
Prises en charge de prestations	10 961,6	11 933,9	8,9	12 879,1	7,9	13 505,4	4,9
Autres transferts divers	61,7	67,6	9,6	70,6	4,4	72,7	2,9
Participation au financement des fonds et organismes	718,6	1 011,4	40,8	845,1	-16,4	930,1	10,1
Subventions	234,1	54,1	-76,9	144,3	++	148,9	3,3
Contributions Financement de fonds	484,5	957,3	97,6	700,8	-26,8	781,1	11,5
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	1 785,7	1 089,7	-39,0	1 180,9	8,4	1 228,9	4,1
Pertes sur créances irrécouvrables	1 083,0	926,2	-14,5	918,0	-0,9	918,0	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	1 046,7	869,7	-16,9	863,0	-0,8	863,0	0,0
- sur prestations	36,3	56,5	55,6	55,0	-2,6	55,0	0,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	11 373,2	12 279,2	8,0	12 292,8	0,1	11 859,3	-3,5
- pour prestations sociales	10 529,5	11 209,7	6,5	11 295,0	0,8	11 295,0	0,0
- pour dépréciation des actifs circulants	212,1	866,9	++	605,5	-30,2	286,3	-52,7
- pour autres charges techniques	631,6	202,6	-67,9	392,4	93,7	278,1	-29,1
V - CHARGES FINANCIÈRES	367,4	54,1	-85,3	160,7	++	114,3	-28,9
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	5 775,8	6 048,9	4,7	5 945,3	-1,7	6 089,1	2,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	21,6	45,9	++	16,4	-64,3	16,4	0,0

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

Les écarts à la LFSS pour 2011

Les résultats 2010 et 2011 sont améliorés respectivement de 0,5 Md€ et 1,1 Md€ par rapport à la prévision établie en LFSS pour 2011.

En 2010, les prestations sociales nettes (y compris dotations, nettes des reprises sur provisions) ont été inférieures de 0,2 Md€ à la prévision de la LFSS traduisant la sous consommation de l'ONDAM. En 2011, elles seraient conformes à cette précédente prévision.

Légèrement inférieures à la prévision en 2010, les recettes sur revenu d'activité seraient améliorées de 210 M€ en 2011 en raison de la révision à la hausse de la croissance de la masse salariale du secteur privé (3,2% contre 2,9%). L'augmentation des recettes fiscales est le principal facteur d'amélioration du compte de la CNAM. D'une part, une révision comptable a conduit à comptabiliser 210 M€ de CSG sur revenus de remplacement en 2010, et d'autre part les taxes affectées à la CNAM ont bénéficié de rendements supplémentaires.

Les transferts de compensation ont augmenté de 210 M€ en 2010 suite à une révision des acomptes en fin d'année. A l'inverse, ils seront améliorés d'autant en 2011.

Tableau 2 : Ecart par rapport à la LFSS 2011

En millions d'euros

	2010	2011
Solde précédent	-12 115	-11 476
Prestations (nettes)	190	-20
Prestations extralégales	40	70
Gestion administrative	120	0
Recettes sur revenus d'activité	-60	210
Recettes fiscales hors CSG activité	580	690
Prise en charge de cotisations chômage	0	0
Compensation et transferts d'équilibrage	-210	330
Charges financières (nettes)	10	-50
Autres	-160	-80
Solde technique	-11 604	-10 342
Ecart au solde précédent	511	1 134

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

Tableau 4 : CNAM-maladie : produits

En millions d'euros

CNAM-M - Maladie	2008	2009	%	2010	%	2011	%
PRODUITS	161 675,7	164 546,9	1,8	168 806,7	2,6	174 963,3	3,6
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	161 026,1	163 920,8	1,8	168 413,1	2,7	174 562,5	3,7
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	137 742,2	136 821,8	-0,7	140 006,7	2,3	145 948,3	4,2
Cotisations sociales	67 013,6	67 156,8	0,2	68 891,9	2,6	71 546,8	3,9
Cotisations sociales des actifs	66 110,1	66 204,5	0,1	67 892,8	2,6	70 530,5	3,9
Cotisations sociales salariés	65 986,7	65 957,1	0,0	67 645,7	2,6	70 273,7	3,9
Cotisations patronales	62 461,7	62 457,1	0,0	64 069,6	2,6	66 587,8	3,9
Cotisations salariales	3 524,9	3 500,1	-0,7	3 576,0	2,2	3 685,8	3,1
Cotisations sociales non-salariés	123,4	247,4	++	247,1	-0,1	256,8	3,9
cotisations des inactifs	555,0	574,9	3,6	626,0	8,9	654,4	4,5
Autres cotisations sociales	224,6	206,6	-8,0	212,9	3,0	209,7	-1,5
Majorations et pénalités	123,8	170,7	37,9	160,3	-6,1	152,3	-5,0
Cotisations prises en charge par l'État	1 776,3	1 480,5	-16,7	1 479,4	-0,1	1 129,7	-23,6
Cotisations prises en charge par la Sécu.	1 383,4	1 120,8	-19,0	1 326,5	18,4	1 423,8	7,3
Produits entité publique autre que l'Etat	753,7	796,4	5,7	876,2	10,0	876,2	0,0
CSG, impôts et taxes affectés	66 815,3	66 267,3	-0,8	67 432,6	1,8	70 971,7	5,2
CSG	52 207,6	50 860,0	-2,6	51 214,5	0,7	52 608,3	2,7
Impôts et taxes affectées (ITAF)	14 607,7	15 407,2	5,5	16 218,1	5,3	18 363,5	13,2
ITAF compensant des exonérations	9 650,7	9 447,8	-2,1	9 300,9	-1,6	10 316,5	10,9
Autres ITAF	4 957,0	5 959,4	20,2	6 825,0	14,5	8 046,9	17,9
II - PRODUITS TECHNIQUES	13 019,8	14 632,7	12,4	15 517,1	6,0	15 886,6	2,4
Transferts entre organismes	12 639,0	14 270,0	12,9	15 393,3	7,9	15 773,0	2,5
Compensations	185,3	296,7	60,1	268,0	-9,7	63,5	-76,3
Compensation généralisée	0,0	143,7	-	194,0	35,0	0,0	-
Compensations bilatérales	185,3	153,0	-17,4	74,0	-51,6	63,5	-14,2
Prise en charge de prestations	11 866,1	13 012,4	9,7	14 174,4	8,9	14 758,1	4,1
Transferts divers entre régimes de base	417,2	741,9	77,9	724,9	-2,3	724,9	0,0
Autres transferts divers	28,4	23,1	-18,6	26,7	15,4	26,7	0,0
Contributions publiques	373,0	362,5	-2,8	122,4	-66,2	112,2	-8,4
Remboursement de cotisations	0,1	0,0	-44,1	0,0	3,7	0,0	0,0
Remboursement de prestations	237,0	225,6	-4,8	0,3	-99,9	0,0	-
Autres contributions publiques	136,0	136,8	0,6	122,1	-10,7	112,1	-8,2
Autres contributions	7,8	0,2	-98,1	1,4	++	1,4	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	1 249,8	1 192,2	-4,6	1 471,7	23,4	1 095,3	-25,6
Recours contre tiers	881,0	769,4	-12,7	686,8	-10,7	637,9	-7,1
Remise conventionnelle	182,4	234,3	28,5	235,8	0,6	215,9	-8,4
Excédent de la CMU-C	0,0	82,6	-	101,0	22,3	129,0	27,7
Autres produits techniques	153,2	129,0	-15,8	449,7	++	114,0	-74,7
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	9 007,2	11 268,1	25,1	11 407,6	1,2	11 629,3	1,9
- pour prestations sociales	8 455,2	10 533,8	24,6	11 195,5	6,3	11 295,0	0,9
- pour dépréciation des actifs circulants	273,3	88,3	-67,7	59,9	-32,2	65,4	9,1
- pour autres charges techniques	278,7	646,0	++	152,2	-76,4	269,0	76,7
V - PRODUITS FINANCIERS	7,1	6,1	-14,5	9,9	62,9	3,1	-69,2
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	342,6	456,0	33,1	313,6	-31,2	320,8	2,3
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	307,0	170,0	-44,6	80,0	-52,9	80,0	0,0
Résultat net	-4 448,6	-10 571,5	++	-11 604,0	9,8	-10 342,4	-10,9

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

18.2. DES DÉPENSES DU CHAMP DE L'ONDAM AUX PRESTATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, détaillé dans les fiches 9-1 et 9-2, est fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 2010, ces dépenses représentaient 162,0 Md€ sur l'ensemble des régimes. Elles devraient atteindre 167,1 Md€ en 2011 (*cf.* fiches 9.1 et 9.2). Le champ du régime général, commenté dans cette fiche, représente environ 85% des dépenses, cette part augmentant légèrement chaque année.

Approche économique et approche comptable

Les prestations figurant dans les comptes des régimes et l'ONDAM fournissent deux visions distinctes des dépenses d'assurance maladie. Dans le premier cas l'approche est comptable. Les prestations de l'année N sont figées une fois pour toutes au mois de mars de l'année N+1 lors de la clôture des comptes des régimes, intégrant une provision pour les charges relatives à l'année N qui seront versées en N+1, et déduisant la provision constituée en N-1 pour les dépenses versées en N au titre de l'exercice N-1. Si la provision calculée pour l'année N-1 s'avère trop forte au regard des prestations réellement dues et comptabilisées en N, les dépenses de l'année N seront minorées de cette erreur d'estimation. Au contraire si la provision a été sous-estimée en N-1, les dépenses de l'année N seront majorées. Dans le second cas, l'approche des dépenses est économique et les remboursements afférents aux soins de l'année N sont actualisés jusqu'en mars de l'année N+2. Le tableau 1 reconstitue les dépenses du régime général dans une approche économique, et montre les écarts entre les deux approches : en 2010, les charges comptables sont inférieures aux charges économiques, en raison d'une surestimation des provisions en 2009. Dans l'attente d'éléments complémentaires qui seront fournis par les régimes en vue de la Commission des comptes de septembre, on suppose dans les deux approches que les provisions 2010 ont été correctement estimées, ce qui conduit à une prévision identique des charges 2011.

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

Le champ des dépenses de l'ONDAM ne correspond pas exactement à celui des prestations comptabilisées par les régimes. D'une part, toutes les dépenses de l'ONDAM ne sont pas des prestations : les prises en charge des cotisations des médecins, en particulier sont des transferts entre régimes ; les dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont des dotations fixées en LFSS ; les remises conventionnelles sur les médicaments sont des recettes perçues par les régimes.

A l'inverse, le champ des prestations des branches maladie et AT-MP est plus large que celui des prestations du champ de l'ONDAM. En particulier, les indemnités journalières maternité, les rentes AT-MP et les dépenses d'invalidité ne sont pas dans le champ de l'ONDAM. Les versements aux établissements médico-sociaux sont traités en prestations dans les comptes des régimes d'assurance maladie, mais seule la fraction dont le montant est voté en LFSS (ONDAM médico-social) est effectivement à la charge des régimes d'assurance maladie, le reste étant financé par la CNSA sur ses ressources propres (*cf.* fiche 17.3). Ainsi, l'ensemble des dépenses médico-sociales sont comptabilisées en prestations des régimes, mais elles font l'objet d'un remboursement intégral de la CNSA. La partie à la charge des régimes (l'ONDAM médico-social voté) fait l'objet d'une double comptabilisation, en charges (transferts des régimes vers la CNSA) et en produits.

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

Montant en millions d'euros

	2009 (périmètre de l'ONDAM 2010)			2010					2011		
	Economique	comptable	Ecart	Economique	comptable	Ecart	Evol Eco	Evol comptable	Comptable et Eco	Evol Eco	Evol comptable
Prestations maladie-maternité-AT-MP	131 828	131 809	-19	135 720	135 391	-329	3,0%	2,7%	140 003	3,2%	3,4%
Soins de ville	60 463	60 595	132	62 172	61 979	-193	2,8%	2,3%	64 211	3,3%	3,6%
SDV en nature	52 046	52 157	110	53 408	53 200	-208	2,6%	2,0%	55 061	3,1%	3,5%
SDV en espèces	8 417	8 439	22	8 763	8 779	15	4,1%	4,0%	9 150	4,4%	4,2%
Etablissements publics et privés	59 078	58 977	-101	60 239	60 175	-64	2,0%	2,0%	61 857	2,7%	2,8%
Etablissements publics	48 776	48 641	-135	49 717	49 734	17	1,9%	2,2%	51 069	2,7%	2,7%
Cliniques	10 302	10 336	34	10 522	10 441	-81	2,1%	1,0%	10 788	2,5%	3,3%
Etablissements médico-sociaux	12 287	12 237	-50	13 310	13 238	-72	8,3%	8,2%	13 934	4,7%	5,3%
ONDAM PA*	4 707	4 707	0	5 413	5 413	0	15,0%	15,0%	5 741	6,1%	6,1%
ONDAM PH*	7 267	7 217	-50	7 508	7 466	-42	3,3%	3,4%	7 810	4,0%	4,6%
Autres	313	313	0	389	359	-30	24,2%	14,6%	383	-1,4%	6,9%
Autres dépenses SDV	1 763	1 695	-67	1 763	1 731	-32	0,0%	2,1%	1 897	7,6%	9,6%
Prise en charge cotisations PAM	1 752	1 752	0	1 794	1 784	-10	2,4%	1,8%	1 887	5,2%	5,8%
FAC et aides à la télétransmission	218	177	-41	184	183	-2	-15,4%	3,0%	226	22,5%	23,7%
Remises conventionnelles	-208	-234	-27	-215	-236	-20	3,8%	0,6%	-216	0,2%	-8,4%
Autres dépenses	804	792	-11	740	740	0	-7,9%	-6,6%	933	26,0%	26,0%
FIQCS	191	200	9	203	203	0	6,1%	1,2%	223	9,9%	9,9%
FMESPP	164	163	-1	136	136	0	-17,3%	-16,6%	295	117,2%	117,2%
Soins des français à l'étranger	449	429	-19	402	402	0	-10,4%	-6,4%	415	3,3%	3,4%
Total champ ONDAM	134 395	134 296	-98	138 223	137 862	-361	2,8%	2,7%	142 832	3,3%	3,6%

*Ces dépenses correspondent aux transferts de l'assurance maladie à la CNSA, hors contribution de la CNSA aux établissements

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

Tableau 2 : Evolution comptable des prestations « hors ONDAM »

Montant en millions d'euros

	2009	2010	%	2011	%
Autres prestations hors ONDAM	12 560	12 448	-0,9%	12 758	2,5%
Contribution CNSA aux établissements médico-sociaux	1 178	1 237	5,1%	1 212	-2,0%
IJ maternité et paternité	2 879	2 979	3,5%	3 078	3,3%
Prestations invalidité et incapacité permanente	8 460	8 354	-1,3%	8 559	2,5%
Autres	1 220	1 115	-8,6%	1 120	0,5%

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

Tableau 3 : Evolution comptable des prestations ONDAM et hors ONDAM, par risque

Montant en millions d'euros

Ensemble des prestations maladie-maternité AT-MP	2009	2010	%	2011	%
champ ONDAM	131 809	135 391	2,7%	140 003	3,4%
dont maladie	124 488	127 925	2,8%	132 280	3,4%
dont maternité	3 776	3 848	1,9%	3 953	2,7%
dont AT-MP	3 545	3 618	2,1%	3 770	4,2%
champ hors ONDAM	12 560	12 448	-0,9%	12 758	2,5%
dont maladie	5 488	5 204	-5,2%	5 326	2,3%
dont maternité	2 879	2 979	3,5%	3 078	3,3%
dont AT-MP	4 193	4 265	1,7%	4 354	2,1%

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

18.3. CNAM-AT-MP

En 2010, la branche est restée très déficitaire avec un solde à -726 M€

La branche AT-MP, dont le solde s'était fortement dégradé en 2009 (-713 M€), a stabilisé son déficit en 2010. Les charges nettes de la branche ont connu en 2010 un net ralentissement (+1,0% après +5,8% en 2009, cf. tableau 1) et, après une année fortement marquée par la crise économique, les recettes nettes ont de nouveau progressé en 2010 (+0,9% après -3,2% en 2009). Cependant, leur hausse a été modérée et légèrement inférieure à celle des charges. En conséquence, le solde est resté très déficitaire.

Le ralentissement des charges est largement imputable au recul des charges techniques (-1,1% après +15% en 2009) qui explique près des deux tiers du ralentissement d'ensemble (cf. tableau 2). Ce poste représente 22% des charges nettes et regroupe les transferts entre organismes et les participations au financement de fonds et organismes. Sa contraction s'explique par un recul des transferts d'équilibre à destination des branches AT-MP des régimes des mines et des salariés agricoles (-5,4% par rapport à 2009) et par la stabilité de postes qui avaient connu une forte hausse en 2009 : le transfert à la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles¹⁴⁴ et les transferts aux fonds amiante (FIVA et FCAATA, cf. fiche 9-4).

La décélération des prestations nettes contribue pour environ un tiers au ralentissement des charges. Les prestations d'incapacité temporaire (soins de ville et en établissements), y compris les dotations nettes des reprises, ont globalement ralenti (+2% après +7,3% en 2009), reproduisant la dynamique des IJ AT (+2,4% après +7% en 2009, cf. fiche 9.3) qui représentent près de 69% de ces charges. Avec une progression de 0,6% en volume et une revalorisation modérée (cf. fiche 9-4), les prestations d'incapacité permanente ont crû de 1,5% en 2010 et participent également à la modération de la hausse du total des dépenses.

S'agissant des recettes, les produits nets ont retrouvé une dynamique positive et augmenté de 0,9%. Cette embellie est attribuable à la hausse des recettes sur revenu d'activité : l'agrégat constitué des cotisations sociales nettes des actifs, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations (97% des produits) a progressé de +2,2% en 2010, suivant la hausse de 2% de l'assiette du secteur privé. Les recours contre tiers (RCT) qui constituent l'essentiel des autres produits ont diminué de 21% en 2010¹⁴⁵ et pesé pour -0,8 point sur l'évolution des recettes.

En 2011, la branche retrouverait l'équilibre

Malgré une sensible accélération des charges, la perspective d'une hausse de plus de 10% des produits de la branche conduirait à envisager une amélioration de plus de 700 M€ du solde, qui deviendrait excédentaire de 17 M€ en 2011.

Le dynamisme des recettes serait principalement porté par la hausse de 0,1 point du taux de cotisation¹⁴⁶ dont les effets représenteraient une hausse de 4,8 points des recettes. En second lieu, les recettes bénéficieraient d'une assiette des cotisations en progression plus rapide (+3,2% après +2% en 2010).

¹⁴⁴ La sous-déclaration des accidents du travail, et surtout, des maladies professionnelles se traduit par une charge induite pesant sur la branche assurance maladie, maternité, invalidité et décès. Une commission se réunit tous les trois ans pour évaluer cette sous-déclaration. La commission se réunit en 2011 et verra ses travaux aboutir à l'été. Le montant du transfert est fixé chaque année en LFSS.

¹⁴⁵ Cette baisse pourrait s'expliquer par la réforme « poste à poste » de la LFSS pour 2007 (préférence à la victime) dont les effets auraient été différés en 2008 et 2009 par une politique d'accélération du traitement des dossiers en instance, instruite par la CNAM.

¹⁴⁶ Cette hausse a été décidée en LFSS pour 2011 afin de rééquilibrer la branche AT compte tenu du solde prévisionnel pour 2011 et des nouvelles charges pesant sur la branche (pénibilité).

Tableau 1 : Evolution des charges et produits nets de la CNAM AT-MP

En millions d'euros

CNAM AT-MP	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Charges nettes	10 529,0	11 135,7	5,8	11 242,6	1,0	11 569,6	2,9
Prestations nettes	7 493,5	7 763,9	3,6	7 904,8	1,8	8 145,6	3,0
prestations incapacité temporaire	3 314,2	3 557,6	7,3	3 628,8	2,0	3 775,1	4,0
dont soins de ville (hors IJ)	534	557	4,3	548	-1,7	568	3,6
dont IJ AT	2 276	2 435	7,0	2 492	2,4	2 607	4,6
dont dépenses en établissements	501	562	12,2	582	3,5	596	2,6
prestations incapacité permanente	3 957,4	4 002,0	1,1	4 062,0	1,5	4 142,4	2,0
autres prestations (extra légales et actions de prévention)	222,0	204,3	-7,9	214,0	4,8	228,1	6,6
Charges techniques	2 173,7	2 500,1	15,0	2 472,5	-1,1	2 543,5	2,9
transferts (nets du transfert avec la CNSA)	1 000,3	1 293,3	29,3	1 256,9	-2,8	1 282,9	2,1
dont transferts d'équilibrage	552,0	548,1	-0,7	518,4	-5,4	512,5	-1,1
dont transfert vers la CNAMTS	410,0	710,0	73,2	710,0	0,0	710,0	0,0
dont transfert pénibilité	0,0	0,0	-	0,0	-	35,0	-
participation au financement des fonds et organismes	1 173,3	1 206,8	2,8	1 215,7	0,7	1 260,7	3,7
dont amiante	1 165,0	1 195,0	2,6	1 195,0	0,0	1 230,0	2,9
Charges de gestion courante	805,5	839,6	4,2	836,6	-0,3	856,4	2,4
Autres charges nettes (dont provision /créance FCAATA)	56,3	32,1	-43,0	28,6	-10,9	24,1	-15,8
Produits nets	10 769,6	10 422,2	-3,2	10 516,2	0,9	11 586,5	10,2
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations prise en charge par l'Etat et ITAF compensant les exonérations	10 287,5	9 957,2	-3,2	10 177,2	2,2	11 245,3	10,5
cotisations nettes	8 225,2	7 992,4	-2,8	8 243,9	3,1	10 994,1	33,4
PEC Etat	40,3	24,8	-38,6	23,0	-7,1	2,6	-88,8
ITAF Fillon	1 947,4	1 868,7	-4,0	1 838,9	-1,6	1 722,2	-90,6
ITAF TEPA	74,5	71,3	-4,3	71,4	0,2	76,4	6,9
RCT	411,8	367,4	-10,8	288,8	-21,4	264,0	-8,6
Autres recettes nettes (dont reprise/ créance FCAATA)	70,3	97,6	38,8	50,2	-48,6	77,2	53,9
Résultat net	240,6	-713,5	--	-726,4	1,8	16,9	--

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

Tableau 2 : Contribution des facteurs à l'augmentation des charges et des produits

En points

CNAM AT-MP	2009	2010	2011
Charges nettes	5,8	1,0	2,9
Prestations nettes	2,6	1,3	2,1
prestations incapacité temporaire	2,3	0,6	1,3
prestations incapacité permanente	0,4	0,5	0,7
autres prestations (extra légales et actions de prévention)	-0,2	0,1	0,1
Charges techniques	3,1	-0,2	0,6
transferts (nets du transfert avec la CNSA)	2,8	-0,3	0,2
dont transferts d'équilibrage	0,0	-0,3	-0,1
dont transfert vers la CNAMTS	2,8	0,0	0,0
dont transfert pénibilité	0,0	0,0	0,3
participation au financement des fonds et organismes	0,3	0,1	0,4
dont amiante	0,3	0,0	0,3
Charges de gestion courante	0,3	0,0	0,2
Autres charges nettes (dont provision /créance FCAATA)	-0,2	0,0	0,0
Produits nets	-3,2	0,9	10,2
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations prise en charge par l'Etat et ITAF compensant les exonérations	-3,1	2,1	10,2
cotisations nettes	-2,2	2,4	26,2
PEC Etat	-0,1	0,0	-0,2
ITAF Fillon	-0,7	-0,3	-15,8
ITAF TEPA	0,0	0,0	0,0
RCT	-0,4	-0,8	-0,2
Autres recettes nettes (dont reprise/ créance FCAATA)	0,3	-0,5	0,3

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

Note de lecture sur la présentation en charges et produits nets

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

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

Depuis 2006, sont également neutralisées les écritures symétriques liées aux transferts avec la CNSA (participation de la CNAM AT-MP au financement de la CNSA) et à l'insuffisance de financement du FCAATA.

De plus, la LFSS pour 2011 a supprimé la compensation des allègements généraux par le panier de recettes fiscales, les taxes qui le composaient étant désormais affectées directement aux organismes de sécurité sociale (cf. fiche 4-3), et exclu les cotisations AT-MP du dispositif des allègements généraux. La branche AT-MP conserve une fraction des droits de consommation sur les tabacs (1,58%) calibrée en fonction de ce qu'aurait été l'excédent du panier pour la branche AT en 2011, tel qu'il était estimé au moment de la LFSS. Cette attribution contribuerait pour 1,6 point à la hausse des produits nets. Enfin, le rendement des recours contre tiers diminuerait de près de 9%, atténuant à la marge (-0,2 point) la progression des recettes.

Les charges nettes seraient plus dynamiques qu'en 2010 et progresseraient de 2,9%, à un rythme voisin de celui des prestations légales nettes (+3% par rapport à 2010) qui pèsent pour les trois quarts dans la hausse des charges nettes. Dans le détail, la prévision fait l'hypothèse de dépenses nettes d'incapacité temporaire plus rapides (+4% contre 2% en 2010), dont la dynamique est compensée par une progression limitée à 2% des prestations d'incapacité permanente (+0,2% en volume et +1,8% de revalorisation).

Par ailleurs et dans une moindre mesure, la loi de réforme des retraites de 2010 et la LFSS pour 2011 ont mis en place ou modifié des transferts qui contribueront à la hausse globale des charges en 2011 : un transfert vers la CNAV prévu à 35 M€ en compensation des départs dérogatoires à la retraite au titre de la pénibilité ; une dotation de 10 M€ au fonds national de soutien relatif à la pénibilité et enfin, une augmentation des dotations de la branche au FIVA et au FCAATA de 25 et 10 M€ respectivement.

Les écarts à la LFSS pour 2011

L'amélioration de la conjoncture économique en 2010 s'est confirmée et l'assiette des cotisations de la branche a progressé au rythme prévu en LFSS (+2%). Toutefois, les recettes sur revenus d'activité de la branche sont inférieures de 100 M€ à la prévision. Pour moitié, cet écart s'explique par une atténuation moins rapide qu'attendu des effets de la crise économique sur la charge des dotations nettes sur créances et admissions en non valeur qui pèse sur les recettes nettes de la branche. Dans une moindre mesure, cet écart s'explique par la comptabilisation de produits à recevoir (PAR)¹⁴⁷ trop importants dans les recettes de 2009, ces erreurs de PAR majorant les recettes de 2009 et minorant d'autant celles de 2010. Par ailleurs, les recours contre tiers ont eu un rendement inférieur de près de 90 M€ à la prévision et au total, les recettes ont été surestimées de près de 200 M€. Ces impacts négatifs sur le solde ont en partie été compensés par des prestations inférieures de 80 M€ à la prévision. **Au total, le résultat de 2010 s'est dégradé de 101 M€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2011.**

Pour 2011, les recettes sur revenus d'activité et les recettes fiscales seraient très proches de la prévision LFSS, mais la prévision du rendement des RCT a été revue en baisse de 110 M€. Compte tenu d'une prévision des charges de prestations inférieure de près de 60 M€, **le solde 2011 serait finalement dégradé de 55 M€**

Ecart à la LFSS	En millions d'euros	
	2010	2011
Solde LFSS	-626	72
Prestations nettes	80	50
dont prestations incapacité temporaire	70	60
Recettes nettes sur revenus d'activité (yc PEC Etat et compensation des exonérations)	-100	0
dont cotisations nettes	-90	20
dont PEC Etat	-10	-20
RCT	-90	-110
Autre (dont reprise/ créance FCAATA)	10	10
Solde technique	-726	17
<i>Ecart à la prévision LFSS</i>	<i>-101</i>	<i>-55</i>

¹⁴⁷ La principale erreur de PAR porte sur l'assiette des employés et personnels de maison et minore l'évolution des recettes nettes de 0,2 point.

Les comptes de la CNAM AT-MP

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
CHARGES	11 068,5	11 722,0	5,9	11 845,9	1,1	12 153,6	2,6
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	10 261,4	10 877,7	6,0	11 007,3	1,2	11 297,2	2,6
I - PRESTATIONS SOCIALES	7 473,1	7 693,4	2,9	7 899,1	2,7	8 134,7	3,0
Prestations légales	7 260,7	7 502,7	3,3	7 696,0	2,6	7 917,5	2,9
Prestations légales « AT-MP »	7 260,7	7 502,7	3,3	7 696,0	2,6	7 917,5	2,9
Prestations d'incapacité temporaire	3 303,4	3 500,7	6,0	3 634,0	3,8	3 775,1	3,9
Prestations exécutées en ville	2 806,8	2 940,4	4,8	3 051,9	3,8	3 175,3	4,0
Prestations en nature	538,9	548,7	1,8	551,1	0,4	567,8	3,0
Indemnités journalières	2 267,8	2 391,8	5,5	2 500,8	4,6	2 607,5	4,3
Prestations exécutées en établissements	493,9	557,9	13,0	578,8	3,7	596,4	3,0
Prestations d'incapacité permanente	3 957,4	4 002,0	1,1	4 062,0	1,5	4 142,4	2,0
Indemnités en capital	137,9	138,6	0,5	138,6	0,0	140,2	1,2
Rentes	3 819,5	3 863,4	1,2	3 923,5	1,6	4 002,2	2,0
Prestations extralégales	3,8	4,0	3,4	4,5	14,2	3,5	-21,8
Autres prestations	208,6	186,7	-10,5	198,6	6,4	213,7	7,6
II - CHARGES TECHNIQUES	2 222,7	2 549,0	14,7	2 514,9	-1,3	2 589,0	2,9
Transferts entre organismes	1 049,4	1 342,2	27,9	1 299,2	-3,2	1 328,4	2,2
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	551,7	548,1	-0,7	518,4	-5,4	512,5	-1,1
Compensation AT des Mines	436,1	433,3	-0,6	407,4	-6,0	402,5	-1,2
Compensation AT des Salariés agricoles	115,6	114,8	-0,7	110,9	-3,4	110,0	-0,8
Prises en charge de prestations par la CNSA	49,0	48,9	-0,3	42,3	-13,4	45,5	7,5
Prestations prises en charge par la CNAMAT-AT-MP (pénibilité)	0,0	0,0	-	0,0	-	35,0	-
Reversement au FCAT par la CNAMTS	38,3	35,2	-8,1	28,5	-19,1	25,4	-11,0
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS	410,0	710,0	73,2	710,0	0,0	710,0	0,0
Participation au financement des fonds et organismes	1 173,3	1 206,8	2,8	1 215,7	0,7	1 260,7	3,7
FCAATA	850,0	880,0	3,5	880,0	0,0	890,0	1,1
FIVA	315,0	315,0	0,0	315,0	0,0	340,0	7,9
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	189,7	155,5	-18,0	148,7	-4,4	143,7	-3,4
Pertes sur créances irrécouvrables	163,0	143,3	-12,1	142,8	-0,4	142,8	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	152,6	128,4	-15,8	130,9	1,9	130,9	0,0
- sur prestations	10,4	14,9	43,1	11,9	-20,2	11,9	0,0
Autres charges techniques	26,7	12,2	-54,4	5,9	-51,8	0,9	-85,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	357,5	469,2	31,2	429,3	-8,5	401,9	-6,4
- pour prestations sociales	318,2	375,6	18,0	367,7	-2,1	367,7	0,0
Pour prestations légales	318,2	375,5	18,0	367,6	-2,1	367,6	0,0
- pour dépréciation des actifs circulants	30,0	86,4	++	55,9	-35,3	34,2	-38,8
- pour autres charges techniques	9,3	7,3	-21,8	5,7	-21,5	0,0	-
V - CHARGES FINANCIERES	18,3	10,6	-42,2	15,4	44,8	27,9	81,7
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	805,5	839,6	4,2	836,6	-0,3	856,4	2,4
Rémunérations et charges de personnel	569,1	589,8	3,6	588,9	-0,1	602,3	2,3
Transferts FNGA	38,7	44,0	13,6	44,6	1,4	46,3	3,8
Autres charges de gestion courante	197,7	205,8	4,1	203,2	-1,3	207,8	2,3
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	1,6	4,8	++	2,0	-59,1	0,0	--
PRODUITS	11 309,0	11 008,6	-2,7	11 119,5	1,0	12 170,5	9,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	11 286,7	10 970,3	-2,8	11 095,9	1,1	12 158,8	9,6
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	10 426,9	10 158,6	-2,6	10 338,0	1,8	11 388,2	10,2
Cotisations sociales	8 358,9	8 190,2	-2,0	8 399,9	2,6	11 132,2	32,5
Cotisations sociales des actifs	8 338,9	8 163,3	-2,1	8 374,0	2,6	11 107,3	32,6
Autres cotisations sociales	3,5	3,7	3,7	3,8	3,1	3,9	3,0
Majorations et pénalités	16,5	23,2	40,6	22,1	-4,7	21,0	-5,0
Cotisations prises en charge par l'État	40,3	24,8	-38,6	23,0	-7,1	2,6	-88,8
CSG, impôts et taxes affectés	2 022,6	1 939,4	-4,1	1 910,3	-1,5	248,6	-87,0
Impôts et taxes affectées (ITAF)	2 022,6	1 939,4	-4,1	1 910,3	-1,5	248,6	-87,0
ITAF compensant des exonérations	2 022,0	1 940,1	-4,1	1 910,3	-1,5	248,6	-87,0
ITAF compensant les allègements généraux	1 947,4	1 868,7	-4,0	1 838,9	-1,6	172,2	-90,6
ITAF compensant les heures supplémentaires et rachats de RTT	74,5	71,3	-4,3	71,4	0,2	76,4	6,9
II - PRODUITS TECHNIQUES	64,8	53,9	-16,8	46,9	-13,0	48,8	4,0
Transferts entre organismes	64,8	53,9	-16,8	46,9	-13,0	48,8	4,0
Transferts d'équilibrage	11,6	0,0	--	0,0	-	0,0	0,0
Compensation AT des Mines	11,6	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Prestations prises en charge par la CNSA	51,9	52,6	1,3	45,8	-12,9	47,7	4,1
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	465,8	418,6	-10,1	327,2	-21,8	282,6	-13,6
Recours contre tiers	416,4	379,9	-8,8	304,8	-19,8	265,2	-13,0
Autres produits techniques	49,4	38,7	-21,7	22,4	-42,2	17,4	-22,3
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	328,5	338,4	3,0	382,7	13,1	438,2	14,5
- pour prestations sociales	307,4	318,7	3,7	372,9	17,0	367,7	-1,4
- pour dépréciation des actifs circulants	20,6	15,7	-23,8	8,5	-45,9	64,8	++
- pour autres charges techniques	0,5	4,0	++	1,3	-66,6	5,7	++
V - PRODUITS FINANCIERS	0,7	0,7	7,5	1,1	41,8	1,1	0,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	16,3	24,3	48,4	16,9	-30,4	11,6	-31,0
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	5,9	14,0	++	6,7	-52,2	0,0	--
Résultat net	240,6	-713,5	--	-726,4	1,8	16,9	--

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

18.4. CNAV

Le déficit de la branche vieillesse du régime général s'est creusé de 1,7 Md€ en 2010 pour atteindre 8,9 Md€ En 2011, il se réduirait de plus de 2 Md€ sous l'effet des transferts prévus par la réforme des retraites.

En 2010, **les charges nettes** ont progressé à un rythme proche de celui de 2009 (3,7% en 2010 contre 3,8% en 2009). Leur croissance serait légèrement plus rapide en 2011 (4,1%), portée par l'accélération des prestations nettes.

Les prestations nettes, qui représentent 93% des charges nettes en 2010, ont connu une hausse de 4,2%, inférieure à celle de 2009 (4,9%). Ce ralentissement résulte des effets conjoints de la faible revalorisation des pensions (0,9% contre 1,3% en moyenne annuelle en 2009) et de la poursuite de la baisse des dépenses de retraite anticipée, conséquence de l'application, au 1^{er} janvier 2009, des conditions plus restrictives d'éligibilité au dispositif de retraite anticipée (cf. fiches 12-01 et 12-02). En 2011, elles augmenteraient de 4,9%, contribuant ainsi à l'essentiel de l'évolution des charges nettes (4,5 points). La forte revalorisation des pensions (1,8% contre 0,9% en 2010) et la croissance soutenue de l'effectif de retraités (3%), bien qu'en ralentissement sous l'effet de l'entrée en vigueur de la retraite dès 2011 (cf. fiche 12-02), expliqueraient l'essentiel de cette évolution.

Les transferts versés au titre de la compensation généralisée vieillesse, qui représentent 4% des charges nettes, ont diminué de 4,5% en 2010. Cette baisse s'inscrit dans une tendance générale de réduction du volume des transferts de compensation démographique vieillesse (-1,8% en 2010) qui traduit la convergence progressive des situations démographiques des régimes de non-salariés et du bloc salariés. Cette diminution s'explique également par l'arrivée des générations du baby boom dans les effectifs de bénéficiaires de la CNAV et des auto-entrepreneurs dans les effectifs de cotisants du RSI et de la CNAVPL. En 2011, la charge de compensation se réduirait encore (-4,8%), la tendance générale à la baisse des volumes évoquée précédemment étant cette année renforcée par un recul des prestations de référence qui fait suite aux nouvelles prises en charge de prestations par le FSV¹⁴⁸, et diminueraient dans de mêmes proportions les transferts de compensation. Ainsi, la charge de compensation contribuerait pour -0,2 point à l'évolution des charges nettes en 2011.

Conséquence de la dégradation du solde de la CNAV et du FSV entre 2009 et 2010, (-1,7 Md€ et -0,9 Md€), les charges financières ont augmenté de 105 M€ mais sont restées toutefois relativement contenues (158 M€). Les taux d'intérêt, restés à des niveaux faibles, ont contribué à contenir le poids de la dette sur la charge d'intérêt, et ce malgré le creusement du déficit. L'augmentation des charges financières a ainsi contribué pour 0,1 point à la progression des charges nettes en 2010. En 2011, cette contribution serait nulle en raison de charges financières restant relativement stables.

Enfin, les transferts d'équilibrage ont diminué de 3,9% en 2010 et se contracteraient de moitié en 2011 suite à la forte baisse des transferts au régime des salariés agricoles (322 M€ en 2010 et 96 M€ en 2011). En effet, l'amélioration attendue du solde du régime des salariés agricoles aurait pour conséquence de diminuer la charge liée à l'intégration financière de ce régime dans les comptes de la CNAV. La réforme des retraites permettrait notamment des économies¹⁴⁹ de 450 M€ en 2011 au régime des salariés agricoles.

¹⁴⁸ Les prestations prises en charge par le FSV sont exclues dans le calcul de la prestation de référence.

¹⁴⁹ Ces économies intègrent l'impact du relèvement de l'âge, les départs dérogatoires avant l'âge légal pour pénibilité et la prise en charge du minimum contributif par le FSV.

Tableau 1 : Evolution des charges et produits nets de la CNAV

En millions d'euros

CNAVTS - Vieillesse	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Charges nettes	95 082,0	98 699,1	3,8	102 385,4	3,7	106 576,3	4,1
Prestations nettes	87 165,8	91 456,3	4,9	95 310,5	4,2	99 943,1	4,9
Compensation nette	4 966,9	4 820,4	-2,9	4 605,5	-4,5	4 385,6	-4,8
Transferts d'équilibrage	506,6	544,2	7,4	522,8	-3,9	288,7	-44,8
Charges de gestion courante	1 297,7	1 354,7	4,4	1 359,0	0,3	1 418,5	4,4
Charges financières	649,8	53,8	-91,7	158,4	194,3	135,6	-14,4
Autres charges nettes	496,3	469,7	-5,2	429,1	-8,6	404,8	-5,7
Produits nets	89 445,8	91 466,1	2,3	93 453,5	2,2	100 167,4	7,2
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations PEC par l'Etat et ITAF compensant les exonérations	70 250,9	70 120,0	-0,2	71 435,9	1,9	74 204,0	3,9
Autres ITAF	725,0	1 352,3	86,5	960,2	-29,0	873,2	-9,1
PEC cotisations chômage	7 047,0	8 339,1	18,3	8 880,5	6,5	9 030,1	1,7
PEC de prestations	5 265,6	5 432,4	3,2	5 631,5	3,7	8 911,5	58,2
Autres PEC (AVPF, transferts maladie...)	4 416,0	4 453,5	0,8	4 868,6	9,3	5 697,6	17,0
Autres produits nets	1 741,4	1 768,7	1,6	1 676,7	-5,2	1 451,1	-13,5
Résultat net	-5 636,1	-7 233,0	-	-8 931,9	-	-6 408,8	+

Sources : CNAV, calculs DSS

Tableau 2 : Contribution des facteurs à l'augmentation des charges et des produits

En points

	2009	2010	2011
Charges nettes	3,8	3,7	4,1
Prestations nettes	4,5	3,9	4,5
Compensation	-0,2	-0,2	-0,2
Transferts d'équilibrage	0,0	0,0	-0,2
Charges de gestion courante	0,1	0,0	0,1
Charges financières	-0,6	0,1	0,0
Autres charges	0,0	0,0	0,0
Produits nets	2,3	2,2	7,2
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations PEC par l'Etat et ITAF compensant les exonérations	-0,1	1,4	3,0
Autres ITAF	0,7	-0,4	-0,1
PEC cotisations chômage	1,4	0,6	0,2
PEC de prestations	0,2	0,2	3,5
Autres PEC (AVPF, transferts maladie...)	0,0	0,5	0,9
Autres produits	0,0	-0,1	-0,2

Note de lecture sur la présentation des comptes

Par rapport à la nomenclature comptable des organismes de sécurité sociale, les comptes détaillés présentés en CCSS pour la CNAV agrègent certaines écritures de charges et de produits. C'est le cas, par exemple, de régularisations négatives sur les exercices antérieurs, ou d'écritures symétriques sur la compensation. Cette présentation, dont le but est de simplifier la lecture du compte, évite de dédoubler systématiquement des lignes en charges et en produits, alors que les régularisations portent sur de faibles montants comparés au montant de l'exercice.

Les données relatives à la retraite anticipée sont issues de reconstitutions statistiques. Les majorations de pensions pour enfants ont été reventilées sur le passé entre droits propres et droits dérivés pour corriger un mauvais rattachement comptable de certaines majorations.

Note de lecture sur la présentation en charges et produits nets

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

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

En 2007, les écritures symétriques en charges et produits exceptionnels liées à l'opération d'apurement de la dette de l'Etat envers le régime général sont neutralisées.

La progression des **recettes nettes** a été relativement contenue en 2010 (2,2%, soit un rythme très proche de celui de 2009). En 2011, elles s'accéléraient fortement (+7,2%) principalement en raison de la hausse des prises en charge de prestations par le FSV instaurées par la réforme des retraites.

La hausse de l'agrégat constitué des cotisations nettes, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales compensant les exonérations contribue pour 1,4 point à la croissance des produits nets en 2010. Cet agrégat a progressé moins rapidement que la masse salariale du secteur privé en 2010 en raison d'une moindre croissance de l'assiette plafonnée. Le plafond de la sécurité sociale n'a en effet augmenté que de 0,9% en 2010, moins vite que le salaire moyen par tête (+2,4%). En 2011, l'agrégat augmenterait de 3,9%, principalement sous l'effet de l'accélération de la masse salariale plafonnée, contribuant ainsi pour 3 points à la hausse des produits nets.

La croissance résiduelle a été tirée en 2010 par la hausse des prises en charge de cotisations par le FSV. Celles-ci ont en effet progressé de 13,5% sous l'effet conjugué de la hausse des cotisations prises en charge au titre du chômage (6,5%), qui joue un rôle stabilisateur, et de l'introduction, au 1^{er} juillet 2010, du financement de cotisations au titre des périodes d'arrêt maladie qui s'élève à 587 M€. Ces deux transferts contribuent chacun pour 0,6 point à la croissance des recettes nettes en 2010. En 2011, les cotisations prises en charge par le FSV au titre du chômage augmenteraient légèrement (1,7%) alors que celles relatives à la maladie doubleraient, atteignant 1,2 Md€.

En 2011, plus de la moitié de la hausse des recettes nettes (3,5 points) proviendrait de l'introduction de nouvelles prises en charge de prestations faisant suite à la réforme des retraites. Le financement du minimum contributif par le FSV, qui représente 3 Md€ de recettes supplémentaires, induirait une hausse de 57,5% des prises en charge de prestations par le FSV. D'autre part, et dans une moindre mesure, le financement des prestations versées au titre de la pénibilité par la CNAM-AT et aux personnes victimes de l'amiante par le FCAATA viendraient augmenter les produits nets de 41 M€.

Enfin, la contraction de 29% des recettes fiscales (hors celles compensant des exonérations) en 2010 a freiné de 0,4 point la croissance des produits nets. L'entrée en vigueur de l'interdiction des mises à la retraite d'office avant 70 ans, et par conséquent la très forte diminution de la contribution sur les indemnités de mise à la retraite, explique cette baisse.

Les écarts à la LFSS pour 2011

Le solde 2010 est moins dégradé de 150 M€ que la prévision retenue dans la LFSS 2011, et celui de 2011 serait amélioré de 500 M€. **En 2010**, l'écart provient en grande partie de l'amélioration des recettes. Tout d'abord, les recettes de la CNAV ont bénéficié d'une masse salariale plafonnée plus dynamique qu'anticipé en LFSS (1,5% contre 1,2% en prévision LFSS) ce qui explique l'amélioration des recettes sur revenus d'activités de 150 M€. En second lieu, la révision à la hausse de 160 M€ des contributions de retraite et de préretraite a également amélioré le solde. Enfin, la prise en charge des cotisations chômage a été inférieure de 140 M€ à la prévision. **En 2011**, le solde technique s'améliorerait de 430 M€ par rapport à la prévision de la LFSS 2011 en raison des revenus d'activité en hausse de 370 M€ et de transferts d'équilibrage supérieurs de 130 M€.

	En millions d'euros	
	2010	2011
Solde LFSS	-9 080	-6 840
Prestations nettes	10	10
Prestations extralégales	40	20
Gestion administrative	20	-30
Recettes sur revenus d'activité	150	370
Recettes fiscales	230	-100
dont contrib. sur avantages de retraite et de préretraite	160	170
autres recettes fiscales	70	-270
Prise en charge de cotisations chômage	-140	40
Compensation et transferts d'équilibrage	-110	130
Charges financières	10	20
Autres	-50	-40
Solde technique	-8 930	-6 410
<i>Ecart à la prévision LFSS</i>	<i>150</i>	<i>430</i>

Les comptes de la CNAV

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
En millions d'euros							
CHARGES	96 342,5	99 906,7	3,7	103 491,2	3,6	107 680,7	4,0
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	95 043,3	98 545,8	3,7	102 128,7	3,6	106 262,2	4,0
I - PRESTATIONS SOCIALES	87 248,9	91 413,4	4,8	95 231,9	4,2	99 918,6	4,9
Prestations légales	86 942,3	91 116,5	4,8	94 963,9	4,2	99 607,2	4,9
Prestations légales « vieillesse »	86 896,9	91 068,0	4,8	94 919,5	4,2	99 558,8	4,9
Droits propres	76 593,2	80 504,2	5,1	83 997,8	4,3	88 258,2	5,1
Avantages principaux	71 702,2	75 450,0	5,2	78 750,5	4,4	82 792,2	5,1
Majorations	3 047,8	3 169,4	4,0	3 277,2	3,4	3 407,6	4,0
Minimum vieillesse	1 843,2	1 884,9	2,3	1 970,1	4,5	2 058,5	4,5
Droits dérivés	8 794,1	9 079,0	3,2	9 421,2	0,0	9 755,7	3,6
Avantages principaux	8 129,6	8 403,2	3,4	8 677,9	3,3	8 976,8	3,4
Majorations	441,8	457,3	3,5	527,5	15,4	553,4	4,9
Minimum vieillesse	222,7	218,5	-1,9	215,8	-1,2	225,5	4,5
Divers	32,9	-24,5	-	-30,1	22,9	-28,8	-4,0
Prestations au titre d'un adossement	1 476,8	1 509,3	2,2	1 530,6	1,4	1 573,8	2,8
Prestations légales « veuvage »	38,2	38,9	1,8	44,4	14,0	48,4	9,1
Prestations légales « invalidité »	7,1	9,6	34,3	0,0	-	0,0	-
Prestations extralégales	306,7	296,9	-3,2	268,0	-9,7	311,4	16,2
II - CHARGES TECHNIQUES	5 936,9	5 812,5	-2,1	5 530,9	0,0	5 077,7	-8,2
Transferts entre organismes	5 896,0	5 771,5	-2,1	5 489,4	0,0	5 035,4	-8,3
Compensation généralisée	4 966,9	4 820,4	-2,9	4 605,5	0,0	4 385,6	-4,8
Accomples	4 954,0	4 852,0	-2,1	4 630,0	-4,6	4 395,0	-5,1
Régularisations	12,9	-31,6	-	-24,5	-22,3	-9,4	-61,9
Transferts d'équilibrage	506,6	544,2	7,4	522,8	-3,9	288,7	-0,4
CAVIMAC	173,7	168,4	-3,1	165,1	-2,0	156,6	-5,2
Salariés agricoles	301,4	334,7	11,0	322,0	-3,8	96,1	-70,1
FASVCF	31,5	41,1	30,8	35,7	-13,2	36,0	0,7
Transferts de cotisations entre la CNAVTS et les RS	422,6	406,9	-3,7	361,1	-11,3	361,1	0,0
Participation des régimes vieillesse à la CNSA	40,9	41,0	0,4	41,5	1,2	42,3	1,8
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	699,7	598,7	-14,4	561,5	-6,2	561,8	0,1
Pertes sur créances irrécouvrables	696,0	577,3	-17,1	560,0	-3,0	560,4	0,1
- sur cotisations, impôts et produits affectés	690,9	571,3	-17,3	553,5	-3,1	553,5	0,0
- sur prestations	5,1	6,0	17,1	6,6	9,1	6,9	4,9
Autres charges techniques	3,7	21,4	++	1,4	-93,2	1,4	0,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	508,0	667,4	31,4	646,0	-3,2	568,5	-12,0
- pour prestations sociales	202,5	264,0	30,4	334,3	26,6	351,8	5,2
- pour dépréciation des actifs circulants	0,0	131,8	++	27,8	-78,9	0,1	-99,7
- pour autres charges techniques	305,5	271,6	-11,1	284,0	4,5	216,6	-23,7
V - CHARGES FINANCIÈRES	649,8	53,8	-91,7	158,4	++	135,6	-14,4
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1 297,7	1 354,7	4,4	1 359,0	0,3	1 418,5	4,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	1,5	6,2	++	3,5	-43,4	0,0	-
PRODUITS	90 706,5	92 673,7	2,2	94 559,3	2,0	101 271,8	7,1
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	90 502,4	92 549,2	2,3	94 464,6	2,1	101 191,1	7,1
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	72 239,5	73 025,4	1,1	73 765,9	1,0	76 363,2	3,5
Cotisations sociales	61 203,6	61 676,9	0,8	62 797,6	1,8	65 225,0	3,9
Cotisations sociales salariés	59 518,3	59 886,3	0,6	61 048,3	1,9	63 493,0	4,0
Cotisations sociales non-salariés	46,5	50,0	7,6	51,6	3,2	52,5	1,6
Cotisations au titre d'un adossement	864,8	890,6	3,0	909,1	2,1	923,7	1,6
Cotisations des inactifs	153,9	146,5	-4,8	140,5	-4,1	134,9	-4,0
Autres cotisations sociales	496,3	531,5	7,1	488,2	-8,2	469,1	-3,9
Majorations et pénalités	123,9	172,0	38,8	159,9	-7,0	151,9	-5,0
Cotisations prises en charge par l'État	1 442,8	1 208,8	-16,2	1 187,6	-1,7	943,4	-20,6
CSG, impôts et taxes affectés	9 593,1	10 139,8	5,7	9 780,7	-3,5	10 194,8	4,2
Panier Fillon	6 723,6	6 616,4	-1,6	6 554,5	-0,9	6 934,1	5,8
Panier TEPA	2 144,5	2 171,0	1,2	2 266,0	4,4	2 387,5	5,4
Autres ITAF	725,0	1 352,3	86,5	960,2	-29,0	873,2	-9,1
Contrib. sur avantages de retraite et de préretraite	321,2	686,0	++	315,5	-54,0	209,0	-33,8
2% capital	412,6	657,4	59,3	644,6	-1,9	664,1	3,0
Autres	-8,9	8,9	-	0,0	-	0,0	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	17 398,2	18 896,4	8,6	20 056,1	6,1	24 134,5	20,3
Transferts entre organismes	17 383,9	18 882,0	8,6	20 056,1	6,2	24 134,5	20,3
Prises en charge de cotisations	11 463,1	12 792,6	11,6	13 749,1	7,5	14 727,6	7,1
- par la CNAF (AVPF)	4 382,6	4 433,6	1,2	4 260,6	-3,9	4 464,5	4,8
- par le FSV	7 080,1	8 358,8	18,1	9 488,3	13,5	10 262,9	8,2
Au titre du service national	33,0	19,7	-40,4	20,4	3,9	20,4	0,0
Au titre du chômage	7 047,0	8 339,1	18,3	8 880,5	6,5	9 030,1	1,7
Au titre de la maladie	0,0	0,0	-	587,4	-	1 212,4	++
Autres	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	-
- autres	0,5	0,3	-40,2	0,2	-26,7	0,2	0,0
Prise en charge de prestations par le FSV	5 265,6	5 432,4	3,2	5 631,5	3,7	8 870,1	57,5
Au titre du minimum vieillesse	1 993,3	2 027,5	1,7	2 113,3	4,2	2 208,1	4,5
Au titre des majorations de pensions	3 272,3	3 404,8	4,1	3 518,3	3,3	3 662,1	4,1
Minimum contributif	0,0	0,0	-	0,0	-	3 000,0	++
Prestations prises en charge par la CNAMT AT-MP	0,0	0,0	-	0,0	-	35,0	++
Prestations prises en charge par le FCAATA	0,0	0,0	-	0,0	-	6,4	++
Transferts de cotisations entre la CNAVTS et les RS	354,5	347,9	-1,9	366,0	5,2	186,0	-49,2
Soutle des IEG	300,7	309,1	2,8	309,4	0,1	309,4	0,0
Contributions publiques (remboursement alloc. suppl. d'invalidité)	14,3	14,4	0,6	0,0	-	0,0	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	104,1	131,7	26,5	114,6	-13,0	119,1	3,9
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	756,7	490,2	-35,2	524,6	7,0	574,3	7,1
- pour prestations sociales	276,5	212,7	-23,1	262,2	23,3	334,3	27,5
- pour dépréciation des actifs circulants	201,3	0,0	-	0,0	-24,3	23,4	++
- pour autres charges techniques	278,8	277,4	-0,5	262,3	-5,4	216,6	-17,4
V - PRODUITS FINANCIERS	3,9	5,5	42,9	3,4	-38,1	0,0	-99,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	94,0	92,7	-1,4	77,2	-16,7	80,7	4,5
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	110,1	31,8	-71,1	17,5	-45,0	0,0	-
Résultat net	-5 636	-7 233	-	-8 932	-	-6 409	+

Source : CNAV, calculs DSS

18.5. CNAF

Une progression plus rapide des charges creuse le déficit de la CNAF de 850 M€ en 2010

Le déficit de la branche famille du régime général a atteint 2,7 Md€ en 2010 et devrait se dégrader pour s'établir à 2,8 Md€ en 2011.

La progression des charges nettes s'est accélérée en 2010 et devrait perdurer en 2011

La croissance des charges nettes (*cf.* encadré) en 2010 a été supérieure à celle observée en 2009 (+2,9% contre +1,4%). Néanmoins, si l'on corrige des corrections comptables réalisées en 2008 et 2009¹⁵⁰, les charges nettes progresseraient de 1,6% en 2010 après 4% en 2009. En 2011, les charges nettes progresseraient de 4,2%.

Les prestations légales nettes qui représentent 65% des charges nettes en 2010 ont progressé de 0,5% une fois le retraitement comptable neutralisé (contre +3,5% en 2009). Les allocations en faveur de la famille, hors API, diminuent de 1% en 2010. Ces dépenses sont freinées par la revalorisation nulle de la BMAF et par la mesure d'économie portant sur l'unification des majorations d'âge des allocations familiales (*cf.* fiche 14.1). L'effet BMAF ralentit la progression des allocations pour la petite enfance, qui restent néanmoins les plus dynamiques (+2,3% contre +4,5% en 2009). Les allocations en faveur du logement (ALF) sont également en net ralentissement (+1,3% contre +3,7% en 2009). En 2011, les prestations légales nettes amorceraient une accélération (+1,9%) sous l'impulsion d'une revalorisation de la BMAF de 1,5%. La progression des prestations contribuerait pour 1,2 point à l'augmentation des charges nettes. Les prestations extralégales représentent 7% des charges de la CNAF en 2010. Elles sont composées essentiellement des dépenses d'action sociales versées au FNAS. Leur progression rapide en 2010 (+5,7%) devrait continuer en 2011 (+8%) et contribuer pour 0,5 point à la croissance des charges nettes.

La prise en charge des cotisations au titre de l'allocation vieillesse des parents au foyer (AVPF) a diminué de 3,9% en 2010 du fait de régularisations importantes relatives aux années antérieures (140 M€). En 2011, la dépense devrait repartir à la hausse (+4,8%), par contre-coup des régularisations de 2010 qui cachent une baisse du nombre de bénéficiaires : une fois neutralisées les régularisations comptables, les dépenses AVPF auraient baissé de 0,2%. La prise en charge de prestations par la CNAF qui représente 7% des charges nettes en 2010 contribuent pour 1,4 point à leur progression. Ceci tient à la montée en charge de la part financée par la CNAF des majorations de pension : de 70% en 2009, elle passe à 85% en 2010 et 100% en 2011, augmentant de plus de 20% en 2010 et 2011.

La progression des produits nets s'accélérait en 2011

Les produits nets de la CNAF devraient augmenter de 1,3% en 2010 et de 4,2% en 2011. L'agrégat composé des cotisations sociales nettes (y compris cotisations prises en charge par la sécurité sociale et par l'Etat) et des recettes compensant les exonérations générales a progressé de 1,6% en 2010 et représentent 75% des produits nets. Cette évolution se rapproche de l'évolution de la masse salariale en 2010, estimée à 2%. En 2011, cet agrégat devrait augmenter de 3,9%, plus rapidement que la masse salariale dont la croissance est prévue à +3,2%, en raison de l'attribution de recettes fiscales supérieures aux allègements qu'elles compensaient (*cf.* fiche 4-3).

¹⁵⁰ En 2008, une provision supplémentaire de 0,6 Md€ au titre des indus et rappels a majoré les charges. En 2009 au contraire, un montant de 0,6Md€ a été comptabilisé par la CNAF en reprise de provisions pour prestations, corrigeant une double comptabilisation de rappels du complément mode de garde.

Tableau 1. Evolution des charges et des produits nets de la CNAF

	En Millions d'euros						
	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Charges nettes	50 712	51 408	1,4	52 904	2,9	55 114	4,2
Prestations légales nettes	33 791	33 632	-0,5	34 471	2,5	35 119	1,9
Prestations extralégales	3 246	3 355	3,4	3 547	5,7	3 831	8,0
Prise en charge de cotisations (AVPF)	4 383	4 434	1,2	4 261	-3,9	4 465	4,8
Prise en charge de prestations	2 650	3 147	18,7	3 862	22,7	4 658	20,6
Dotation au FNAL	3 870	3 881	0,3	3 955	1,9	4 084	3,3
Charges de gestion courante	2 483	2 687	8,2	2 601	-3,2	2 688	3,3
Autres charges nettes	289	273	-5,4	206	-24,6	270	30,9
Produits nets	50 369	49 578	-1,6	50 216	1,3	52 327	4,2
Cotisations sociales nettes, yc prises en charges par l'Etat et la sécu. Et ITAF compensant les allègements généraux	37 458	36 945	-1,4	37 534	1,6	39 015	3,9
CSG nette	12 098	11 844	-2,1	12 038	1,6	9 174	-23,8
Autres ITAF	1	-1	-	0	-	3 501	-
Autres produits nets	689	755	9,7	621	-17,8	603	-2,9
Produits financiers	123	35	-71,7	23	-33,1	34	46,3
Résultat net	-342	-1 830	-	-2 687	46,9	-2 787	3,7

Tableau 2. Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits

	En points		
	2009	2010	2011
Charges nettes	1,4	2,9	4,2
Prestations légales nettes	-0,3	1,6	1,2
Prestations extralégales	0,2	0,4	0,5
Prise en charge de cotisations (AVPF)	0,1	-0,3	0,4
Prise en charge de prestations	1,0	1,4	1,5
Dotation au FNAL	0,0	0,1	0,2
Charges de gestion courante	0,4	-0,2	0,2
Autres charges nettes	0,0	-0,1	0,1
Produits nets	-1,6	1,3	4,2
Cotisations sociales nettes, yc prises en charges par l'Etat et la sécu. Et ITAF compensant les allègements généraux	-1,0	1,2	2,9
CSG nette	-0,5	0,4	-5,7
Autres ITAF	0,0	0,0	7,0
Autres produits nets	0,1	-0,3	0,0
Produits financiers	-0,2	0,0	0,0

Note de lecture sur la présentation en charges et produits nets

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Elles sont en outre présentées hors API et AAH qui depuis le 1^{er} janvier 2010 sont retracées en compte de tiers.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques et sont diminuées des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Ils sont en outre présentés hors remboursements des prestations (AAH et API) par l'Etat qui sont retracés en compte de tiers depuis le 1^{er} janvier 2010.

La CSG nette augmenterait lentement en 2010 (+1,6%) et baisserait substantiellement en 2011 (-23,8%) du fait d'un transfert d'une fraction de la CSG vers la CADES afin que cette dernière finance les reprises de dette (cf. fiche 17.04). L'affectation de nouvelles taxes (3,5 Md€, cf. fiche 4.05) permet en 2011 de compenser la baisse de CSG affectée à la CNAF, et de dégager un surplus de 200 M€ par rapport au rendement de la CSG transférée.

Le solde 2010 est moins dégradé de 240 M€ que la prévision de la LFSS, en revanche celui de 2011 se dégraderait de 100 M€

Les prestations sociales nettes se sont avérées moins élevées que prévu de 230 M€ en 2010. La révision porte principalement sur les aides au logement, revues à la baisse de 150 M€. Les prestations pour garde d'enfants sont également plus faibles (50 M€). Ces effets jouent en base sur la prévision 2011, et expliquent l'essentiel de l'écart pour l'année 2011 (-170 M€).

L'agrégat composé des cotisations et recettes en compensation des exonérations est légèrement moins élevé que prévu en 2010, et également en 2011, malgré une masse salariale plus dynamique (3,2% contre 2,9% en prévision LFSS). Cela est dû essentiellement à une révision à la baisse du rendement de la taxe sur les salaires, recette qui a été affectée à la CNAF en compensation des exonérations générales. Le rendement de la CSG est amélioré de 100 M€ en grande partie grâce à un changement de comptabilisation de la CSG sur l'assiette des revenus de remplacement. La prévision 2011 est améliorée également grâce à la révision de la masse salariale.

Parmi les autres sources d'écarts, on peut noter les moindres dépenses d'investissement pour les « plans crèches », qui ont pris du retard en raison de la crise économique. Ce retard devrait être partiellement rattrapé en 2011.

	En millions d'euros	
	2010	2011
Solde LFSS	-2 930	-2 670
Prestations sociales nettes (yc dotation au FNAL) et prises en charge de prestations	230	170
<i>dont prestations logement</i>	150	150
Gestion administrative nette	-20	-40
Recettes sur revenus d'activité	-80	-80
CSG	40	10
Autres ITAF	0	-50
Produits financiers nets	10	0
Autres	50	-120
Solde technique	-2 690	-2 790
<i>Ecart au solde précédent</i>	<i>240</i>	<i>-120</i>

Les comptes de la CNAF

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
CHARGES	58 239	60 000	3,0	54 101	-9,8	55 887	3,3
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	55 625	57 227	2,9	51 412	-10,2	53 058	3,2
I - PRESTATIONS SOCIALES	43 169	44 102	2,2	37 972	-13,9	38 852	2,3
Prestations légales	39 923	40 748	2,1	34 424	-15,5	35 021	1,7
Prestations légales « famille »	39 923	40 748	2,1	34 424	-15,5	35 021	1,7
Allocations en faveur de la famille	17 612	17 459	-0,9	16 740	-4,1	16 825	0,5
allocation familiales	12 342	12 535	1,6	12 367	-1,3	12 427	0,5
complément familial	1 595	1 629	2,1	1 632	0,2	1 647	0,9
allocation de soutien familial	1 163	1 257	8,1	1 253	-0,3	1 257	0,3
allocation de parent isolé	1 024	544	-46,9	0	-	0	-
Allocations en faveur de l'éducation (ARS)	1 487	1 495	0,5	1 489	-0,4	1 495	0,4
Allocations pour la petite enfance	11 627	12 152	4,5	12 431	2,3	12 810	3,1
Prestation d'accueil du jeune enfant	11 420	12 051	5,5	12 380	2,7	12 757	3,0
Primes	638	654	2,5	658	0,6	667	1,4
Allocations de base	4 112	4 234	3,0	4 246	0,3	4 295	1,2
Complément de libre choix d'activité	2 256	2 258	0,1	2 175	-3,7	2 133	-1,9
Complément de libre choix du mode de garde	4 413	4 905	11,1	5 301	8,1	5 662	6,8
Autres allocations pour la garde d'enfants	207	102	-51,0	51	-50,2	53	4,7
Allocations en faveur du logement	3 952	4 099	3,7	4 151	1,3	4 242	2,2
Allocations en faveur des handicapés	6 428	6 636	3,2	680	-89,8	706	3,8
AAH	5 773	5 965	3,3	0	-	0	-
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	655	670	2,4	680	1,4	706	3,8
Frais de tutelle	220	317	43,9	330	4,2	337	2,1
Autres allocations et prestations	84	85	0,8	92	8,8	100	8,6
Prestations extralégales	3 246	3 355	3,4	3 547	5,7	3 831	8,0
Autres prestations	0	0	-	0	-	0	0,0
II - CHARGES TECHNIQUES	10 986	11 553	5,2	12 159	5,2	13 287	9,3
Transferts entre organismes	7 033	7 581	7,8	8 124	7,2	9 123	12,3
Prises en charge de cotisations	4 383	4 434	1,2	4 261	-3,9	4 465	4,8
Cotisations dues par la CNAF au titre de l'AVPF	4 383	4 434	1,2	4 261	-3,9	4 465	4,8
Prises en charge de prestations	2 650	3 147	18,7	3 862	22,7	4 658	20,6
Majoration pour enfants	2 386	2 883	20,8	3 600	24,9	4 387	21,9
Congé paternité	264	264	-0,2	263	-0,5	271	3,2
Autres transferts divers	0	1	-	1	-15,2	1	0,0
Participation au financement des fonds et organismes	3 953	3 972	0,5	4 035	1,6	4 164	3,2
Contributions Financement de fonds	3 953	3 972	0,5	4 035	1,6	4 164	3,2
Financement FNAL	3 870	3 881	0,3	3 955	1,9	4 084	3,3
Autres	83	91	9,3	80	-11,8	80	0,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	620	541	-12,7	602	11,3	604	0,3
Pertes sur créances irrécouvrables	577	502	-12,9	559	11,3	560	0,3
- sur cotisations, impôts et produits affectés	476	391	-17,8	465	18,9	465	0,0
- sur prestations	101	111	10,3	94	-15,5	95	1,7
Autres charges techniques	43	39	-10,0	43	10,9	43	0,2
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	848	1 028	21,3	668	-35,0	311	-53,4
- pour prestations sociales	704	128	-81,9	141	10,3	143	1,7
- pour dépréciation des actifs circulants	114	835	-	491	-41,2	168	-65,8
- pour autres charges techniques	30	66	-	36	-44,9	0	-
V - CHARGES FINANCIÈRES	2	3	25,6	11	-	4	-59,8
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	2 483	2 687	8,2	2 601	-3,2	2 688	3,3
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	130	85	-35,0	88	3,2	141	61,1
PRODUITS	57 896	58 170	0,5	51 414	-11,6	53 101	3,3
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	57 489	57 807	0,6	51 151	-11,5	52 861	3,3
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	50 098	49 967	-0,3	50 478	1,0	52 322	3,7
Cotisations sociales	32 586	32 832	0,8	33 427	1,8	34 333	2,7
Cotisations sociales salariés	28 376	28 430	0,2	29 298	3,1	30 245	3,2
Cotisations sociales non-salariés	4 128	4 287	3,9	4 003	-6,6	3 968	-0,9
Majorations et pénalités	82	115	39,2	126	9,6	119	-5,0
Cotisations prises en charge par l'État	775	692	-10,8	669	-3,3	553	-17,4
Cotisations prises en charge par la Sécu.	342	321	-6,1	301	-6,2	310	2,7
CSG, impôts et taxes affectés	16 395	16 122	-1,7	16 081	-0,3	17 127	6,5
CSG	12 171	11 979	-1,6	12 164	1,5	9 250	-24,0
ITAF compensant des exonérations	4 222	4 144	-1,8	3 918	-5,5	4 376	11,7
Autres ITAF	1	-1	-	0	-	3 501	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	6 829	6 554	-4,0	29	-99,6	24	-18,9
Transferts entre organismes	21	23	7,7	12	-49,2	6	-48,0
Prestations prises en charge par la CNSA	21	23	7,5	12	-49,2	6	-48,1
Autres transferts divers	0	0	-	0	-36,7	0	0,0
Contributions publiques	6 799	6 511	-4,2	16	-99,8	16	0,0
Remboursement de prestations	6 799	6 511	-4,2	16	-99,8	16	0,0
Autres contributions	9	21	-	2	-90,9	2	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	251	347	38,4	330	-5,0	340	3,3
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	189	904	-	290	-67,9	141	-51,4
- pour prestations sociales	139	846	-	188	-77,7	141	-25,3
- pour dépréciation des actifs circulants	50	47	-5,3	49	3,5	0	-99,5
- pour autres charges techniques	0	11	-	53	-	0	-
V - PRODUITS FINANCIERS	123	35	-71,7	23	-33,1	34	46,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	308	327	5,9	218	-33,1	226	3,3
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	99	36	-63,2	44	22,0	14	-68,8
Résultat net	-342	-1 830	-	-2 687	46,9	-2 787	3,7

18.6. DU RESULTAT COMPTABLE A LA CONTRIBUTION DU REGIME GENERAL AU BESOIN DE FINANCEMENT DES ASSO

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).

Dans le cadre du passage à la base 2005, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est reclassée en 2011 du secteur des administrations centrales vers celui des administrations de sécurité sociale.

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est également reclassé au sein des administrations de sécurité sociale. Les mouvements à venir (transferts de ressources et d'actifs du FRR vers la CADES) militent pour un maintien des deux organismes dans le même sous-secteur.

Ces reclassements en comptabilité nationale sont effectués rétroactivement dès la date de création de la CADES (1996) et du FRR (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 (SEC95, § 4.84) et qui ouvrent droit à des prestations sociales. Ils regroupent les organismes à comptabilité complète qui ont pour activité le versement de prestations sociales, dont les ressources principales sont des cotisations sociales obligatoires, et dont les administrations publiques fixent ou approuvent le taux. Figurent dans ce sous-secteur les caisses de sécurité sociale qui relèvent du code de la sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'UNEDIC (organisme paritaire privé de gestion de l'assurance chômage).

En revanche, ce sous-secteur exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs ainsi que l'assistance sociale, qui se distingue de l'assurance sociale par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

le régime général de la sécurité sociale ;

les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des quotes-parts de cotisations provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, CNSA, FSV, CADES, FRR) ;

les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc.) ;

les régimes des non salariés (dont la mutualité sociale agricole – régime des exploitants agricoles) et le compte associé du FFIPSA jusqu'en 2008 :

le régime d'indemnisation du chômage ;

les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...).

Les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS) – qui dépendent des administrations de Sécurité sociale – comprennent :

les hôpitaux de l'Assistance publique ainsi que les hôpitaux privés du service public (EPSPH) financés par la tarification à l'activité (T2A), qui se substitue aux dotations globales hospitalières ;

les œuvres sociales intégrées aux organismes de Sécurité sociale.

Éléments de passage entre la comptabilité des organismes et la comptabilité nationale

Les écarts conceptuels entre le résultat comptable et la capacité de financement

De façon générale, on peut dire en référence à la comptabilité d'entreprise que la capacité de financement calculée par les comptes nationaux est proche de la capacité d'autofinancement diminuée du solde des opérations en capital¹⁵¹ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment :

d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles inscrites au titre des prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soins. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestations. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissements corporels et incorporels en valeur brute ainsi que des dotations en capital (corrections au titre des opérations en capital).

La formation brute de capital fixe (investissement au sens de la comptabilité nationale) est évaluée, en comptabilité nationale, comme le solde des acquisitions nettes des cessions d'immobilisations physiques, en valeur brute. La FBCF est enregistrée dans sa totalité, au moment où la dépense (ou la recette en cas de cession) d'investissement est effectuée.

De manière symétrique, la comptabilité nationale retrace dans la capacité de financement des ASSO les subventions d'investissement pour la totalité de leur montant, au moment où elles sont versées, alors que dans les comptes des organismes de sécurité sociale, seule joue dans le résultat comptable la quote-part des subventions virée au compte de résultat.

de ne pas reprendre les plus – ou moins – values sur cessions d'immobilisations financières, ni les gains ou pertes de change.

Dans le cas des régimes complémentaires de vieillesse des salariés comme l'AGIRC ou l'ARRCO, mais aussi de certains régimes de non salariés, ces montants, comptabilisés dans le résultat financier, peuvent influencer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

Les corrections de synthèse

A ces corrections conceptuelles viennent s'ajouter des corrections de « synthèse » susceptibles de modifier le solde de certains organismes de sécurité sociale. La comptabilité nationale fonctionne en effet selon le principe de la « partie quadruple » : toute opération du compte non financier est réfléchi 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

¹⁵¹ Cette égalité est vraie parce que les organismes de sécurité sociale ne versent pas de dividendes. En toute rigueur, il faudrait tenir compte des dividendes versés dans le passage de la notion de *capacité d'autofinancement* de la comptabilité générale à celle de *capacité de financement* de la comptabilité nationale, cette dernière comprenant les dividendes versés.

une autre unité économique doit être enregistré dans le compte de chacune pour le même montant et au même moment. Cette contrainte de cohérence conduit à hiérarchiser les informations mobilisées auprès des divers organismes au cas où ces informations ne seraient pas homogènes.

des règles de priorité pour enregistrer les transferts entre unités du secteur des administrations publiques

Actuellement, au sein des ASSO, les flux croisés annuels entre organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours équilibrés. Par ailleurs, les ASSO reçoivent des transferts d'autres administrations, notamment de l'État. Ces transferts doivent nécessairement être réconciliés au sein du secteur des administrations publiques. Cela nécessite, lorsqu'il n'existe pas clairement de notions de droits constatés, d'établir une hiérarchie entre sous-secteurs. Ces corrections qui n'ont pas d'impact sur la capacité de financement des administrations publiques prises dans leur ensemble peuvent modifier le passage du résultat comptable à la capacité de financement pour un organisme donné.

d'autres corrections ponctuelles peuvent être apportées aux comptes

Les comptes nationaux sont contraints de respecter le principe d'enregistrement des seuls flux de l'année civile. Ce principe peut, en comptabilité privée, être exceptionnellement contourné et il arrive que les comptes d'un organisme soient établis sur une période supérieure à l'année. En comptabilité nationale, ne pas corriger ces comptes conduirait à une incohérence avec les comptes des unités contreparties (eux-mêmes établis pour une année civile). Par ailleurs, cela conduirait aussi à une perte de sens de l'indicateur de Maastricht « déficit/PIB », le dénominateur étant évalué pour l'année civile. Ce type de correction a été notamment effectué en 2008 en matière de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants qui ont compté pour cinq trimestres dans les comptes des régimes concernés.

L'adossment du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

Le régime de retraite des IEG a été rattaché aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires) en 2005. Pour assurer la neutralité de l'adossment à la caisse nationale d'assurance vieillesse, il a été convenu que les IEG versent une somme forfaitaire libératoire (soulte) à la CNAV. Une partie de la soulte (3,060 Md€) a été versée en 2005 au fonds de réserve de retraite (FRR). Le montant restant (4,589 Md€) donne lieu à des annuités indexées sur les prix, versées à la CNAV, soit 20 annuités de 287 M€ (en euro 2005).

Conformément aux règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, les comptes de la CNAV retracent chaque année le montant d'une annuité. En revanche, conformément aux règles européennes, c'est le montant total de la soulte qui a été enregistré en 2005 en comptabilité nationale, soit 7,6 Md€. Il convient donc pour les années suivantes de neutraliser les annuités figurant dans les comptes de la CNAV.

Plus précisément, le traitement en comptabilité nationale de cette soulte entraîne l'inscription de créances sur le FRR (3,1 Md€) et les IEG (4,6 Md€). Ces créances donnent lieu à des revenus financiers : d'une part les plus-values et les produits financiers dégagés par le FRR sur ses placements relatifs à la partie de la soulte qu'il gère et d'autre part le paiement d'intérêts pour les IEG.

Au terme du dispositif la somme des intérêts versés par les IEG sera égale à la différence entre les 20 annuités reçues par la CNAV et leur valeur actualisée (4,6 Md€) enregistrée en 2005, assurant ainsi – sur la durée du dispositif – la neutralité du traitement de comptabilité nationale en terme de capacité/besoin de financement de la CNAV.

**Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement
pour le régime général (comptabilité nationale)**

	2007	2008	2009
Résultat des organismes du régime général	-9,5	-10,2	-20,3
Dotations et reprises sur provision	0,4	1,1	1,6
Opérations en capital	-0,4	-0,4	-0,5
Dont versement de la CNAV au FRR	0,0	0,0	0,0
Plus ou moins-values (sur immobilisations financières)	0,0	0,0	0,0
Corrections de synthèse	-0,3	-0,1	-1,0
Traitement de l'adossement du régime de retraite des IEG	-0,1	-0,7	0,1
Dont : Soutle IEG versée à la CNAV	0,0	0,0	0,0
Produits financiers reçus du FRR	0,4	-0,9	0,1
Annulation de l'annuité	-0,3	-0,3	-0,3
Intérêts reçus des IEG	-0,2	0,5	0,3
Capacité (+) / besoin (-) de financement du régime général	-9,9	-10,3	-20,0
Capacité (+) / besoin (-) de financement des autres régimes	16,1	25,6	5,7
Dont adossement des IEG aux régimes complémentaires	0,2	0,2	0,1
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ODASS	-1,6	-1,7	-0,8
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ASSO	4,6	13,5	-15,2

19.

ANNEXES

ANNEXE 1
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article L. 114-1 du code de la Sécurité sociale

Article L. 114-1

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale (Art. 15)

Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille (Art.34)

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (Art.3)

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 40)

Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (Art. 49)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

ANNEXE 2
DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Articles D. 114-1 à D. 114-4 du code de la Sécurité sociale

Article D. 114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique et social désigné par le président du Conseil économique et social ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

b) Trois par le conseil national du patronat français ;

c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;

f) Un par l'union nationale des associations familiales.

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

h) Le président du conseil d'administration de la Caisse 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.

ANNEXE 3
COMPOSITION DE LA COMMISSION DES
COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PRÉSIDENTS

M. Xavier BERTRAND, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

M. François BAROIN, Ministre du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

M^{me} Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale

M^{me} Norra BERRA, Secrétaire d'État auprès du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, chargée de la Santé

M^{me} Marie-Anne MONTCHAMP, Secrétaire d'État auprès du Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Gérard BAPT

Député de Haute-Garonne

M. Yves BUR

Député du Bas-Rhin

M. Pierre MORANGE

Député des Yvelines

M. Bernard PERRUT

Député du Rhône

SÉNATEURS

M. Jean-Jacques JEGOU

Sénateur du Val de Marne

M. Jean-Marc JUILHARD

Sénateur du Puy de Dôme

M. Alain VASSELLE

Sénateur de l'Oise

N.

Sénateur

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

M. Thierry BEAUDET

Membre du Conseil économique et social

III - COUR DES COMPTES

M. Jean-Pierre LABOUREIX

Conseiller maître à la Cour des comptes

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M ^{me} Valérie CORMAN	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-François PILLIARD	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Marie-Christine FAUCHOIS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Jean LARDIN	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. François FONDARD	Président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Secrétaire nationale du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M ^{me} Geneviève ROY	Vice-président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises en charge des affaires sociales (CGPME)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Claude AUROUSSEAU	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Gérard PELHATE	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Gérard QUEVILLON	Président national du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. Jacques ESCOURROU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Michel REGEREAU	Président du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
M. Jean-Louis DEROUSSEN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Pierre BURBAN	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. Franck GAMBELLI	Président de la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M. Etienne MARIE	Président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Etienne CANIARD	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
M. Gérard MÈNÉROUD	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Bernard VAN CRAEYNEST	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M ^{me} Annie PODEUR	Directrice de la Direction générale de l'offre de soins – ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
M. Jean-Yves GRALL	Directeur de la Direction générale de la santé – ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
M. Dominique LIBAULT	Directeur de la Sécurité sociale – ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État – ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale
M ^{me} Anne-Marie BROCAS	Directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – – ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État – ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale
M. Gilles JOHANET	Président du Comité économique des produits de santé – ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
M. Jean-Philippe COTIS	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. Julien DUBERTRET	Directeur du Budget – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
M. Ramon FERNANDEZ	Directeur général du Trésor – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. Patrick AUGERAUD	Sous-directeur du service comptable de l'État à la Direction générale des Finances publiques – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
M. Éric TISON	Sous-directeur du Travail et de la Protection sociale de la protection sociale – ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire
M ^{me} Évelyne BONNAFOUS	Chef du bureau du Droit social et environnement fiscal – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. Vincent CHRQUI	Directeur général – Centre d'analyse stratégique (CAS)
M. Gérard BELET	Chef de la Mission « Financement de la Sécurité sociale et la Cohésion sociale » au service du contrôle général économique et financier –

	ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
M ^m Marie-Laurence PITOIS-PUJADE	Chef de la Mission « Santé emploi et protection sociale » au service du contrôle général économique et financier – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Monsieur Alain CASANOVA	Chef de la Mission « Retraites » au service du contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi – ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

