

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale

RÉSULTATS 2008 – PRÉVISIONS 2009

**RAPPORT
juin 2009**

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	Mehdi MAMACHE
Sandra BERNARD	Anton MANGO
Camille BONAITI	Myriam MIKOU
Eric BONNET	Bruno MORIN
Jonathan BOSREDON	Marine PARDESSUS
Céline CAREL	Julien PERLAT
Olivier CHEMLA	Annie PERRAUD
Marianne CORNU-PAUCHET	Jean-Philippe PERRET
Thomas FILLEUR	Anne-Gisèle PRIVAT
Arnaud GOLLANDEAU	Béatrice ROLLAND
Gérard GROFFE	Romain ROUSSEL
Sylvain GROGNET	Julien SAMAK
David HOYRUP	Nicolas VANNI
Roman KRAKUS	Damien VERGÉ
Audrey LAFON	Jean-Luc VIEILLERIBIÈRE
Éric LEFEBVRE	Sophie VINCENT
Charlotte LESPAGNOL	Benjamin VOISIN

Pour l'ACOSS

Emmanuel CHION et Laure BERNÉ

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD, Alice DEROSIER

Pour la MCP

Cécile VANDAMME, Claudine BISSON et Nathalie LEJEUNE

Organisation : Françoise Halbutier et Marie-Gérard Louis-Philippe ainsi que la COBI-DSS.

Ont également contribué à la rédaction : Monique Haenel et Guy Janssen (DSS), Xavier Luquet et Carole Di Frenna (Ambassade de France à Berlin).

Le rapport n'est rendu possible que par la qualité de la collaboration apportée par l'ensemble des régimes de Sécurité sociale et des fonds dont les comptes sont présentés. Il a bénéficié d'importants échanges avec les directions du ministère de la Santé et des Sports – du ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille de la Solidarité et de la Ville – du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique – du ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi – (DARES, DHOS, DREES, DGTP) et avec les services des Caisses nationales de Sécurité sociale (ACOSS, CCMSA, CNAF, CNAM, CNAV, CNSA, RSI) et du FSV, notamment Jean-Michel Bertrand, Hélène Caillol, Laurent Colin, Jocelyn Courtois, Ursula Descamps, Stéphane Donné, Frédéric Favié, Pierre Gabach, Emmanuel Gigon, Yves Ginard, Mélanie Glénat, Nathanaël Grave, Alain Gubian, David Jacquin, Pierrick Joubert, François Lenormand, Julien Lesrel, Alain Macé, Yvon Merlière, Jean-Baptiste Oliveau, Hélène Paris, Vincent Poubelle, Michel Pouliquen, Robert Rozanès, Isabelle Siguret, Florence Thibault, Patrice Vellet et Anne-Laure Zennou, ainsi qu'avec les agents comptables des caisses nationales.

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

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Synthèse	9
Un déficit du régime général sans précédent en 2009	10
Thème 1 – Cadrage économique général	23
Cadrage économique général	24
Thème 2 – Vue d'ensemble des recettes du Régime général	29
Vue d'ensemble des recettes	30
Thème 3 – Les cotisations et impôts affectés au Régime général et aux fonds 35	
Les cotisations	36
La CSG	38
Les recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations	42
Les autres recettes fiscales	44
Thème 4 – Les contributions publiques	47
Les prises en charge de cotisations par l'État	48
Les prises en charge de prestations par l'État	50
Thème 5 – Les transferts	53
Vue d'ensemble sur les transferts	54
Les transferts reçus	56
Les transferts versés	58
Thème 6 – Analyse par assiette	61
Les prélèvements sur les revenus d'activité du Régime général	62
Les créances sur les cotisants des Urssaf	70
Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi	72
Les taxes sur le Tabac et l'alcool	76
Les prélèvements sur les revenus du patrimoine et de placement	80
Thème 7 – Éclairages recettes	87
la CSG sur les revenus de remplacement	88
Le coût du travail en France depuis 1980	92
Thème 8 – Les relations de trésorerie État-Sécurité sociale	97
Créances des régimes de sécurité sociale sur l'État	98
Thème 9 – Les prestations maladie et AT	103
ONDAM 2008	104
ONDAM 2009	108
La consommation de soins de ville du Régime général en 2008.....	110
Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM du Régime général	116
Thème 10 – Éclairages maladie	123
Bilan financier de la CCAM	124
La prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux.....	128
État des lieux des comptes des établissements de santé	132
Evolution récente des dépenses hospitalières en Allemagne	136
Les économies sur les médicaments en 2008	140
Bilan de la franchise	144
Comparaison européenne de L'évolution récente de trois classes de médicaments couvertes par la maîtrise médicalisée.....	146
Dynamique des indemnités journalières	150

Thème 11 – Les prestations vieillesse	157
Contexte démographique.....	158
L'évolution des prestations de retraite	160
Thème 12 – Éclairages vieillesse	165
Bilan de la retraite anticipée.....	166
Thème 13 – Les prestations famille	171
Contexte démographique et juridique des prestations familiales	172
Les prestations familiales.....	176
Thème 14 – Éclairages famille	183
le recours au complément mode de garde en fonction du revenu en 2003 et 2007	184
Thème 15 – Les organismes concourant au financement du régime général .	189
Le FSV	190
Le FRR.....	196
La CNSA	198
Thème 16 – Les comptes du Régime général	205
CNAM - maladie	208
des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité de la CNAM.....	216
CNAM AT-MP.....	218
CNAV	222
CNAF.....	228
La gestion administrative	234
Du résultat comptable à la variation de trésorerie	236
Les charges et produits financiers de l'ACOSS et du régime général.....	240
Du résultat comptable à la contribution du Régime général au besoin de financement des ASSO	244
La caisse d'amortissement de la dette sociale	248
Annexes	253

AVANT-PROPOS

La récession très profonde que connaît la France, comme l'ensemble des pays développés, depuis l'automne 2008, a une incidence très forte sur les recettes et le solde du régime général. Le déficit déjà très élevé enregistré depuis six ans va doubler en 2009.

Une évolution domine toutes les autres dans l'explication des comptes prévisionnels pour 2009, par son impact massif sur les recettes : le retournement brutal de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé. Une baisse de 1,25 % de la masse salariale en valeur, telle qu'elle est prévue pour 2009, crée un écart d'évolution très important entre la plus grande partie des recettes du régime général et ses dépenses, qui augmentent en 2008 et 2009 d'environ 4 % par an. Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, affectés par la chute des cours boursiers et la baisse du marché immobilier, connaissent par ailleurs une forte baisse.

D'autres éléments auront un impact significatif, mais moindre, sur les comptes du régime général en 2009 : l'apport de recettes fiscales nouvelles, l'augmentation des transferts du FSV, un excédent vraisemblable du panier de recettes des allègements généraux, qui seront en baisse cette année ; du côté des dépenses, une inflexion de la forte croissance des prestations de retraite.

Le déficit voisin de 10 Md€ des dernières années précédentes était de nature totalement structurelle, puisqu'il subsistait à la fin d'une phase conjoncturelle assez favorable, marquée notamment par une progression de la masse salariale d'environ 4,5 % par an en 2006 et 2007. S'ajoute à présent à ce déficit structurel une composante conjoncturelle fortement négative.

Alors qu'une reprise de dette de 27 Md€ par la CADES vient juste d'être réalisée, la question du traitement des déficits cumulés du régime général va se reposer très vite, compte tenu du changement de dimension des montants en jeu.

Le ralentissement économique des années 2002-2003 avait creusé un déficit du régime général d'une dizaine de milliards d'euros, qui a ensuite été seulement stabilisé dans la phase ascendante du cycle économique. Le risque est que de nouveaux paliers de déficits, beaucoup plus bas que les précédents, soient franchis en 2009 et 2010.

Ce rapport est un travail collectif. Mes remerciements vont à tous ceux qui ont contribué à sa préparation, et plus particulièrement aux membres de la 6^e sous-direction de la direction de la sécurité sociale qui assurent l'essentiel de sa rédaction.

François Monier

Le 14 juin 2009

SYNTHÈSE

UN DEFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL SANS PRÉCÉDENT EN 2009

Un doublement du déficit du régime général en 2009

En 2008, le déficit du régime général s'est maintenu au voisinage de -10 Md€, pour la sixième année consécutive. Le solde du régime général seul s'est légèrement dégradé mais celui de l'ensemble « régime général + FSV » est resté stable. Cette quasi stabilité contraste avec la forte augmentation du déficit de l'État dès 2008. Les premiers effets de la récession sur les comptes du régime général et du FSV ont été compensés en 2008 par des suppléments de recettes sur quelques postes et par un ralentissement des dépenses.

Mais la récession, et la chute de l'emploi qui en résulte, se traduiront par une très forte augmentation du déficit en 2009. Celui-ci doublerait pour atteindre 20 Md€, sous l'effet principal d'un effondrement de ses recettes.

Le solde de la branche maladie connaîtrait la plus forte dégradation (d'environ 5 Md€), mettant un terme au redressement progressif engagé depuis 2005. La dégradation serait forte mais moindre pour la branche retraite grâce aux transferts du FSV et à l'effet amortisseur sur les recettes du relèvement du plafond de la sécurité sociale. La branche famille, qui était proche de l'équilibre en 2007 et 2008, connaîtrait un déficit important.

Soldes par branche du régime général et du FSV

<i>En milliards d'euros</i>	2005	2006	2007	2008	2009(p)
Maladie	-8,0	-5,9	-4,6	-4,4	-9,4
Accidents du travail	-0,4	-0,1	-0,5	0,2	-0,3
Vieillesse	-1,9	-1,9	-4,6	-5,6	-7,7
Famille	-1,3	-0,9	0,2	-0,3	-2,6
Total régime général	-11,6	-8,7	-9,5	-10,2	-20,1
FSV	-2,0	-1,3	0,2	0,8	-2,1
Régime général + FSV	-13,6	-10,0	-9,3	-9,4	-22,1

Rechute du FSV dès 2009

Après deux années d'excédent, le FSV renouerait avec un déficit important dès 2009. Les prises en charge de cotisations au titre du chômage augmenteraient fortement (+1,2 Md€) ; les recettes du fonds chuteraient en raison de la perte de 0,2 point de CSG transférés à la CADES et de la contraction de l'emploi, qui réduit ses recettes et accroît ses dépenses. Cet effet de ciseau entraînerait une dégradation du solde du fonds de 2,8 Md€.

Le solde cumulé du FSV, qui a été ramené à zéro au début de 2009 par le transfert à la CADES des déficits antérieurs du fonds (pour un montant de 4 Md€), redeviendrait négatif de 2,1 Md€ fin 2009.

L'ensemble du régime général et du FSV serait déficitaire de 22,1 Md€ en 2009, soit une dégradation de 12,7 Md€ par rapport à 2008.

Les écarts aux prévisions associées à la loi de financement pour 2009

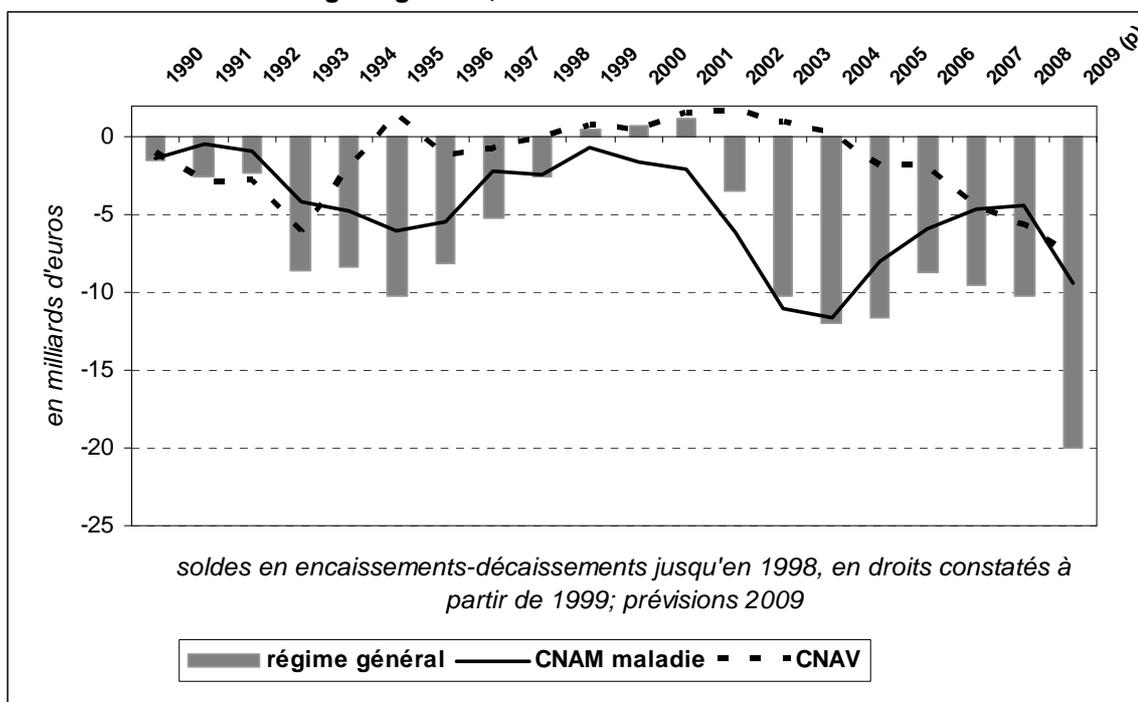
Pour 2008, le solde associé à la loi de financement était un déficit de -9,3 Md€. Le déficit constaté a été plus élevé de 900 M€. L'écart s'explique principalement par la révision à la baisse de la masse salariale (3,6 % contre 4,25 % dans la prévision associée à la LFSS).

Pour 2009, le déficit prévu en LFSS était de -10,5 Md€. La nouvelle prévision (-20,1 Md€) conduit à presque doubler ce déficit en l'aggravant de 9,6 Md€. L'écart s'explique intégralement par des pertes de recettes, dues pour l'essentiel à la très forte révision à la baisse de la masse salariale, de 4 points sur la période (d'une hypothèse de hausse de 2,75 % à une baisse de 1,25 %). Les pertes de recettes correspondantes sont de l'ordre de 8 Md€. Un autre facteur d'écart est lié à l'absence de mise en œuvre de la hausse de cotisation retraite qui était prévue lors du vote de la loi de financement pour un montant estimé à 1,7 Md€ en 2009.

Les écarts sont de bien moindre ampleur sur les dépenses et se compensent à peu près : supplément de dépenses de prestations logement et d'assurance maladie mais revalorisations moindres que prévu des retraites (révision à la baisse de l'inflation), modération des charges de gestion et d'action sociale.

La CNAM maladie subit la révision la plus forte (-4,8 Md€) liée quasi intégralement à la baisse des recettes de CSG et de cotisations. L'écart par rapport à la LFSS est de moindre ampleur pour **la CNAV** (-2,4 Md€), malgré le report de la hausse de cotisation prévue au 1^{er} janvier. Ses pertes de recettes sont atténuées par l'augmentation du transfert du FSV au titre des périodes de chômage, supérieur de 1 Md€ à ce qui était prévu en LFSS alors que les prestations versées sont réduites d'environ 800 M€ du fait de la révision à la baisse de l'inflation. Le solde de la **CNAF** est quant à lui dégradé de 2,1 Md€ par rapport à la LFSS, dont 1,6 Md€ de pertes de recettes liées à la révision des hypothèses économiques, et 0,4 Md€ de prestations supplémentaires.

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



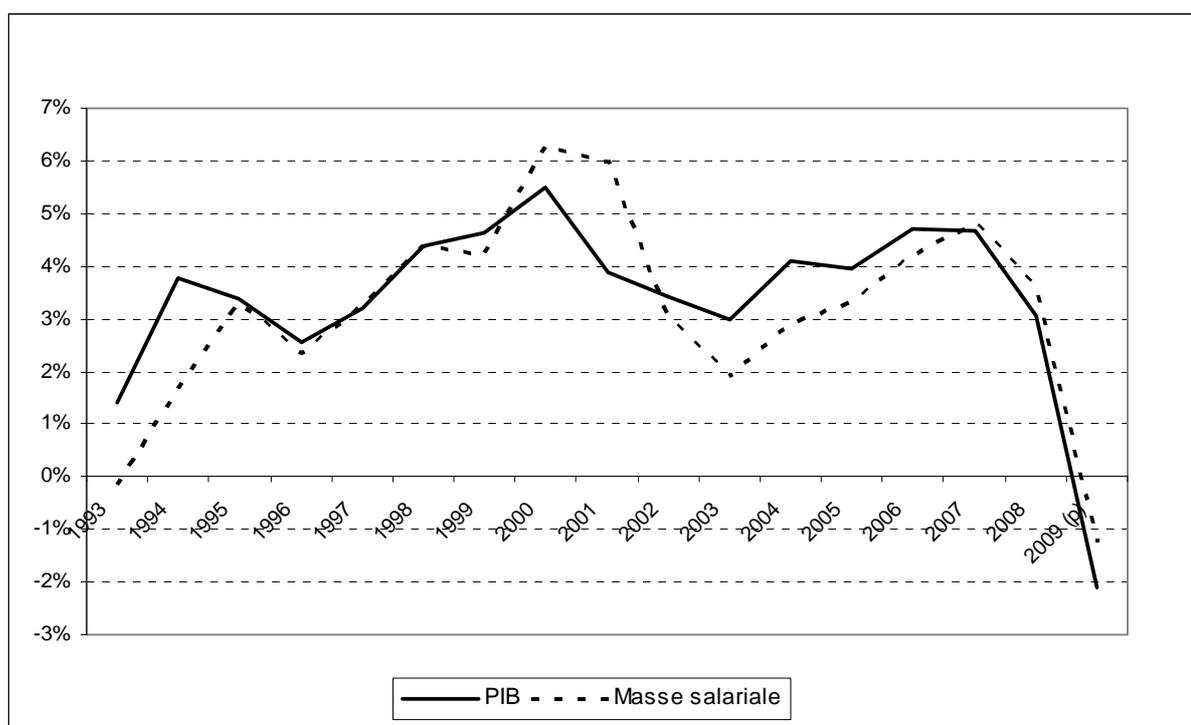
Les hypothèses économiques pour 2009

Les hypothèses qui servent de base aux prévisions présentées pour 2009 dans ce rapport sont celles qui ont été rendues publiques par le ministère de l'Économie le 8 juin dernier : une baisse du PIB de 3 %, une hausse des prix de 0,4 % en moyenne annuelle, une diminution de la masse salariale du secteur privé de 1,25 %.

Ces hypothèses pour 2009 ont été révisées à plusieurs reprises depuis la présentation du PLFSS à la rentrée 2008 pour prendre en compte la dégradation rapide de la conjoncture intervenue fin 2008 et début 2009.

L'hypothèse de croissance du PIB pour 2009, qui était de 1 % dans le rapport présenté à la CCSS de septembre 2008, a ainsi été abaissée à 0,5 % en novembre, puis à -1,5 % en mars dernier, et à -3 % en juin. Dans le même temps, l'évolution prévue de la masse salariale en 2009 a été abaissée de 3,5 % en septembre 2008 à 2,75 % lors du vote de la LFSS, puis à -1,25 % en juin 2009. L'hypothèse de hausse des prix (hors tabac) a quant à elle été ramenée de 2 % à 0,4 %.

Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale



Une progression des recettes encore soutenue en 2008, quasi nulle en 2009

En 2008, comme déjà en 2007, les produits et les charges du régime général ont connu des évolutions à peu près parallèles, un peu supérieures à 4 % par an. L'arrêt de la croissance des recettes en 2009 entraîne un écart important avec l'augmentation des dépenses (effet de ciseau) et un creusement considérable du déficit.

Taux de variation des produits et charges du régime général*

	2006	2007	2008	2009 (p)
Produits	5,80%	4,4%	4,1%	0,5%
Charges	4,50%	4,5%	4,2%	3,7%
Ecart	1,30%	-0,1%	-0,1%	-3,2%

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

Les recettes du régime général n'augmenteraient que très faiblement en 2009. Les cotisations et contributions sur revenus d'activité seraient pratiquement stables ; les prélèvements sociaux sur les revenus du capital en forte baisse. La progression des autres recettes (impôts et taxes, transferts) compenserait pour une petite partie le recul des cotisations et de la CSG.

- Les prélèvements sur les revenus d'activité (cotisations et partie prépondérante de la CSG) sont très affectés par le retournement brutal de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé, qui constitue l'assiette des trois quarts de ces produits. La masse salariale avait augmenté de 4,8 % en 2007 et encore de 3,6 % en 2008. Elle diminuerait de 1,25 % en valeur en 2009, ce qui est sans équivalent depuis la dernière guerre et représenterait un écart d'évolution de près de 5 % par rapport à 2008.

La conséquence serait une baisse des produits de cotisations et de contributions sur revenus d'activité du régime général, moins prononcée toutefois (-0,2 %) que celle de la masse salariale privée en raison d'une diminution marquée des exonérations et du maintien d'une progression modérée pour les produits sur les rémunérations du secteur public.

- Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital (composés de CSG pour les trois quarts), après de fortes augmentations en 2006 et 2007, ont encore progressé de 3,6 % en 2008. Ils connaîtraient une forte baisse en 2009, estimée à 14 % soit une perte de recettes d'un peu plus de 2 Md€. Cette chute serait due pour plus de la moitié au contrecoup de mesures qui ont eu un effet ponctuel positif en 2008 (principalement la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes qui s'est traduite par un supplément de recettes de 1,4 Md€) et pour le reste à la contraction de l'assiette des prélèvements, particulièrement pour les plus-values mobilières et immobilières.
- Les exonérations de cotisations compensées à la sécurité sociale sous la forme de recettes fiscales (mesures générales) ou de dotations budgétaires (mesures ciblées) ont fortement augmenté au cours des dernières années (de près de 10 Md€ entre 2005 et 2008). Elles marqueraient pour la première fois un recul en 2009. Celui-ci serait pour partie la conséquence de la baisse de la masse salariale, et pour le reste la traduction de mesures concernant les dispositifs ciblés.

Exonérations de cotisations (régime général)

<i>En milliards d'euros</i>	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Allègements généraux	16,5	18,6	20,8	21,7	21,2
Exonérations heures supplémentaires			0,6	2,8	2,8
Rachat de RTT				0,1	(*)
Mesures ciblées compensées	2,5	3,2	4,0	4,0	3,6
Total mesures compensées	19,0	21,8	25,4	28,6	27,6
Mesures non compensées	2,1	2,4	2,7	2,5	2,6
Total exonérations	21,1	24,2	28,2	31,1	30,1

* : les rachats RTT sont inclus dans les exonérations Heures supplémentaire en 2009

Les variations du montant des exonérations compensées n'ont d'incidence sur le solde du régime général qu'à hauteur de l'écart entre le montant des allègements généraux et celui du panier de recettes destiné à les financer, les exonérations « heures supplémentaires » et les mesures ciblées étant compensées à l'euro l'euro. En 2008, la compensation des allègements généraux a dégagé un excédent de 200 M€ pour le régime général. Dans

l'état actuel des prévisions, cet excédent pourrait être de l'ordre de 650 M€ en 2009, en raison d'un recul du montant des allègements généraux plus prononcé que celui du panier de recettes.

- Les autres recettes (impôts et taxes affectés, transferts) compenseraient un peu la baisse des cotisations et contributions.

Les impôts et taxes affectés au régime général (hors « paniers ») augmenteraient de 30 % en 2009 (après déjà 14 % en 2008), soit un supplément de recettes de 1,7 Md€, grâce à l'instauration de recettes nouvelles (forfait social sur l'épargne salariale) et à l'augmentation de la part de recettes anciennes allant au régime général (droits sur les tabacs, prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital). Ces mesures rapporteraient environ 1,8 Md€ au régime général, dont les trois quarts bénéficieraient à la branche maladie.

Le solde des transferts reçus et versés par le régime général à d'autres régimes ou fonds, qui est traditionnellement négatif (le régime verse davantage qu'il ne reçoit) a été de -2,8 Md€ en 2007 et de -3,1 Md€ en 2008. Ce déséquilibre se réduirait en 2009 à -2,3 Md€ principalement du fait de la hausse des transferts du FSV (+10% soit +1,2 Md€).

Les dépenses : des évolutions très différentes selon les branches

La croissance des prestations du régime général serait un peu supérieure à 4 % en 2008 et 2009, en retrait d'environ un demi-point par rapport aux deux années précédentes, avec des évolutions toujours très contrastées entre les branches : augmentation forte quoique un peu ralentie des retraites, modération des prestations de la branche famille, évolution intermédiaire des dépenses d'assurance maladie.

Croissance des prestations du régime général par branche

	2006	2007	2008	2009 (p)
maladie	3,7%	4,0%	3,4%	3,9%
retraite	5,9%	6,1%	5,6%	4,9%
famille	4,5%	3,0%	3,5%	2,3%
RG	4,4%	4,6%	4,1%	4,0%

Pour la maladie, sont neutralisées ici les écritures comptables qui n'ont pas d'impact sur le solde de l'année considérée. Ainsi, sont neutralisés, d'une part, l'apport propre de la CNSA au financement des prestations médico-sociales et d'autre part, la prise en charge du ticket modérateur au titre des ALD 31-32 qui ne constitue pas une charge nouvelle mais est comptabilisée pour la première fois en 2009 en charges de prestations.

Une progression un peu moins rapide des prestations de retraite

L'augmentation des prestations de retraite servies par la CNAV, qui était de l'ordre de 6 % par an depuis 2005, s'infléchirait en 2009 (4,9 %). Ce ralentissement tiendrait à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée lié à l'allongement de la durée d'assurance requise, en application de la loi de 2003 : ces départs pourraient être réduits de plus de moitié en 2009 (environ 50 000 après 122 000 en 2008). Le coût du dispositif de retraite anticipée, qui s'est accru chaque année depuis 2004 pour atteindre 2,4 Md€ en 2008, diminuerait pour la première fois en 2009, d'environ 140 M€.

Hors retraite anticipée, le flux de départs se stabiliserait autour de 650 000 et le nombre moyen de retraités de plus de 60 ans continuerait de croître à un rythme rapide (3,5 % après 3,6 % en 2008, soit une augmentation d'environ 380 000 prestataires).

Les hausses intervenues au 1^{er} septembre 2008 (0,8 %) et au 1^{er} avril 2009 (1 %) se traduiraient par une revalorisation des pensions de 1,3 % en moyenne annuelle 2009, proche de la revalorisation moyenne de l'année 2008 (1,4 %).

Une croissance des prestations familiales supérieure à 3 % par an en tendance

Les prestations familiales ont augmenté de 3,5 % en 2008 avec des évolutions contrastées selon les allocations : quasi-stabilité des prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial...), liée à l'évolution démographique, mais forte augmentation des aides à la petite enfance (fin de la montée en charge de la PAJE) et des aides au logement. La moindre progression du montant des prestations prévue pour 2009 (2,3 %) s'explique pour environ un point par la substitution du Revenu de solidarité active (qui n'est pas dans les comptes de la CNAF) à l'API au 1^{er} juin 2009. Les revalorisations des allocations, qui intègrent un rattrapage au titre de l'inflation 2008, ont été fortes au 1^{er} janvier 2009 (+3 % pour les allocations familiales). Les aides au logement continueraient d'augmenter à un rythme rapide.

Dépenses d'assurance maladie : autour de 3,5 % par an en 2008 et 2009

En 2008, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM sont estimées à 152,9 Md€, soit un dépassement de 850 M€ par rapport à l'objectif initial. Celui-ci a porté sur les soins de ville (770 M€) et les établissements de santé (130 M€), alors que les autres dépenses ont été inférieures de près de 50 M€ à l'objectif. Ce dépassement s'est révélé un peu supérieur à l'estimation qui en était faite lors de la dernière CCSS en septembre 2008. Le supplément de dépenses, qui est globalement de 100 M€, se concentre sur les établissements de santé alors que les dépenses de soins de ville sont inférieures aux prévisions de la dernière rentrée.

Par rapport à 2007, la croissance des dépenses a été de 3,4 % en 2008 après 4,0 % en 2007. Elle a été de 3,7 % par an en moyenne sur les quatre dernières années.

La croissance des dépenses de soins de ville a sensiblement ralenti en 2008 (2,5 % contre 4,4 % en 2007). Le dispositif de franchises mis en place en janvier 2008 a contribué à ce ralentissement pour environ -1,2 point. À l'exception des indemnités journalières dont l'augmentation s'est sensiblement accélérée en 2008, et qui ont largement contribué au dépassement de l'objectif de cette année, la quasi-totalité des postes de soins de ville ont connu une progression inférieure à celle de 2007. En revanche, les dépenses afférentes aux établissements de santé ont marqué une certaine accélération (3,9 % après 3,0 % en 2007).

Décomposition des dépenses d'assurance maladie (réalisations du champ de l'ONDAM)

ÉVOLUTIONS, en %	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Soins de ville	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	4,3%	3,1%	2,8%	4,4%	2,5%	3,6%
Établissements de santé	3,2%	3,6%	6,3%	5,5%	4,5%	4,4%	3,0%	3,0%	3,9%	3,0%
Établissements et services médico-sociaux	5,7%	6,3%	7,9%	9,0%	9,3%	7,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,2%
ONDAM TOTAL	5,6%	5,6%	7,1%	6,4%	4,9%	4,0%	3,2%	4,0%	3,4%	3,5%

Pour 2009, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 157,6 Md€. Ce montant représentait une augmentation de 3,3 % par rapport aux dépenses de l'année 2008 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2008 (3,1 % pour les soins de ville comme pour les versements aux établissements de santé).

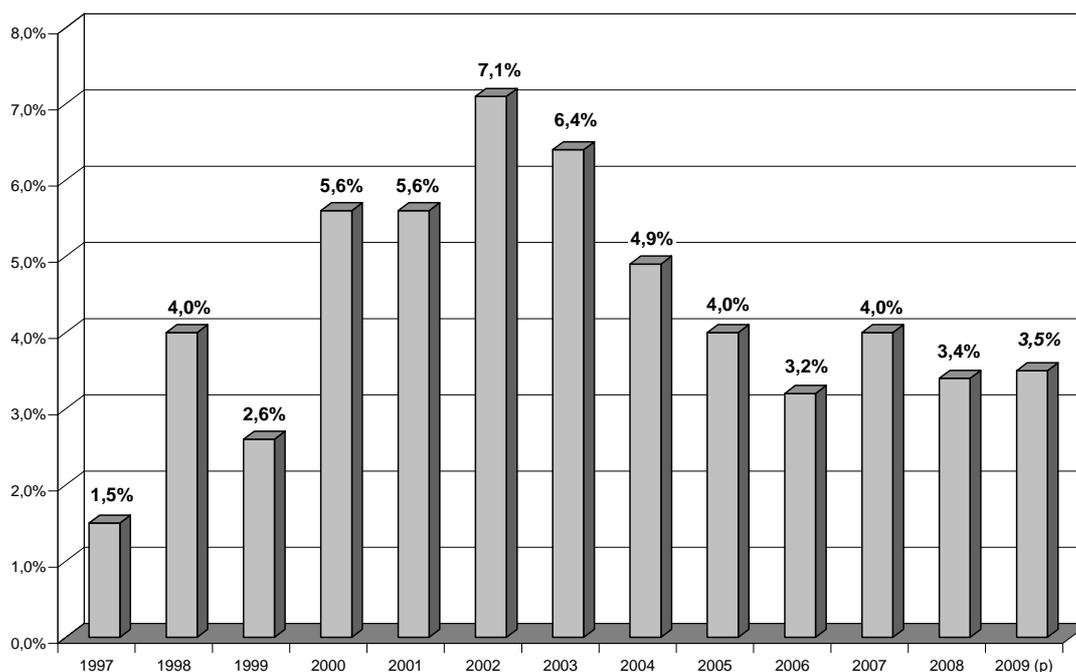
Les informations nouvelles connues depuis la fixation de l'objectif portent sur le constat 2008 et sur la conjoncture des soins de ville sur les premiers mois de 2009. Les dépenses de 2008, on l'a vu, ont été un peu plus élevées qu'il n'avait été prévu dans la construction de l'ONDAM.

Les données mensuelles de la CNAM montrent par ailleurs une progression modérée des soins de ville (+2,7 % en glissement annuel) sur les quatre premiers mois de l'année. Cette modération vaut notamment pour les honoraires médicaux et dentaires et les médicaments. En revanche, la croissance des indemnités journalières reste forte (+6,7 % en glissement sur les quatre premiers mois de 2009) et s'est même accélérée depuis la mi-2008.

Compte tenu de ces éléments, et de la réévaluation des montants d'économies réalisables, la prévision retenue dans ce rapport est un dépassement de l'objectif d'environ 400 M€ en 2009. Il se répartirait également entre les soins de ville et les établissements de santé.

Ce dépassement de 400 M€, qui correspond au milieu de la fourchette retenue par le Comité d'alerte dans son avis du 29 mai, conduirait à une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 3,5 % en 2009.

Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM sur la période 1997-2009



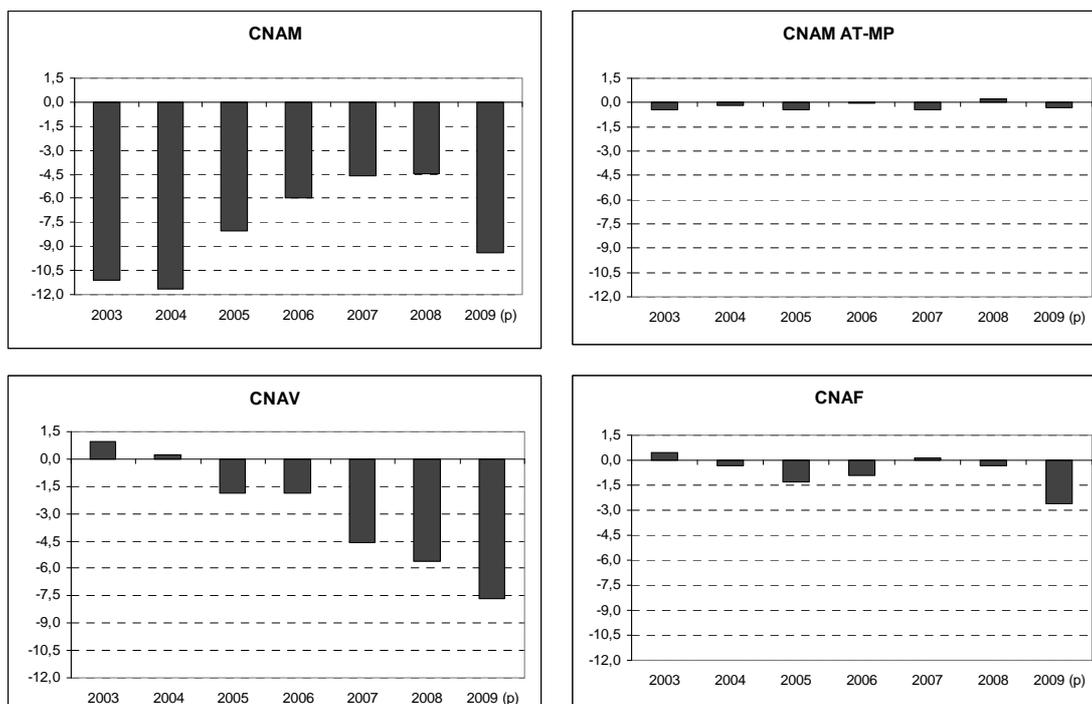
Les résultats par branche : l'effet de la stagnation des recettes

La branche maladie enregistrerait la plus forte dégradation de son solde. Son déficit, qui avait été réduit de 7 Md€ entre 2004 et 2008, augmenterait de 5 Md€ en 2009 en raison d'un écart d'évolution important entre ses charges nettes (+3,9 %) et ses produits (0,4 %). Les cotisations (y compris les compensations d'exonérations) et la CSG représentent au total 91 % des produits nets de la branche. Les premières stagneraient en 2009 ; la CSG attribuée à la CNAM connaîtrait quant à elle une baisse marquée (-2,3 %), plus forte que celle de la CSG maladie dans son ensemble, le mécanisme de répartition de cette contribution entre les régimes d'assurance maladie étant défavorable à la CNAM en 2009.

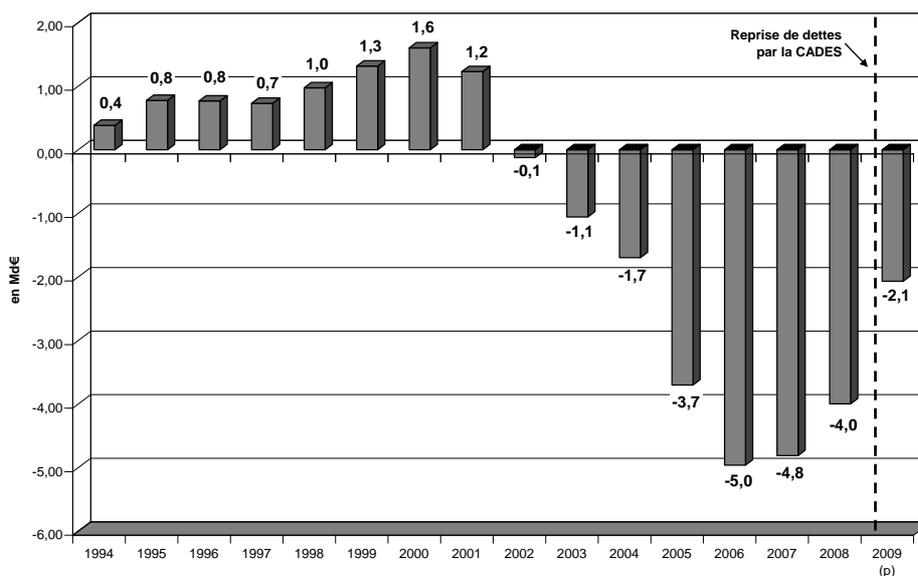
La CNAV connaît depuis cinq ans un creusement rapide de son déficit qui se poursuivrait en 2009 malgré une inflexion de ses dépenses et une bonne tenue de ses recettes. La croissance de ses charges nettes ralentirait de plus d'un point (4 % contre 5,2 % en 2008) du fait de la moindre augmentation des prestations versées, d'une diminution des transferts de compensation et de la forte réduction des charges financières qui découle de la reprise des déficits cumulés du régime par la CADES. Les produits nets de la CNAV progresseraient de 2 %. Ils sont moins affectés par la récession que ceux des autres branches en 2009, en raison de la forte hausse des transferts du FSV et de l'incidence favorable sur les cotisations du relèvement du plafond de la sécurité sociale, supérieur en 2009 à la hausse prévisible du salaire moyen. Le déficit de la CNAV augmenterait de 2,1 Md€ en 2009 pour atteindre 7,7 Md€.

Après un léger excédent en 2007, la **CNAF** est redevenue déficitaire dès 2008 (-300 M€) en raison de dépenses plus élevées qu'il n'avait été prévu lors de la précédente CCSS. Ce déficit se creuserait en 2009 (à -2,6 Md€) du fait de la baisse des recettes composées à 87 % de cotisations, de CSG et d'impôts et taxes compensant les exonérations, alors que les charges nettes augmenteraient d'environ 3 %.

Évolution des soldes des branches sur la période 2003-2009 (en milliards d'euros)



Solde cumulé du FSV



Régime général et FSV 2006-2009

Régime général

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CNAM MALADIE							
Charges	152 640	161 532	5,8	166 124	2,8	174 694	5,2
Produits	146 704	156 903	7,0	161 676	3,0	165 271	2,2
Résultat	-5 936	-4 629		-4 449		-9 423	
CNAM AT							
Charges	10 263	11 436	11,4	11 068	-3,2	11 633	5,1
Produits	10 204	10 981	7,6	11 309	3,0	11 288	-0,2
Résultat	-59	-455		241		-345	
CNAV							
Charges	85 616	92 136	7,6	96 349	4,6	100 142	3,9
Produits	83 761	87 564	4,5	90 713	3,6	92 457	1,9
Résultat	-1 855	-4 572		-5 636		-7 685	
CNAF							
Charges	54 172	56 783	4,8	58 239	2,6	60 388	3,7
Produits	53 281	56 939	6,9	57 896	1,7	57 790	-0,2
Résultat	-891	156		-342		-2 598	
Régime général consolidé							
Charges	297 952	317 177	6,5	326 770	3,0	341 412	4,5
Produits	289 212	307 677	6,4	316 583	2,9	321 361	1,5
Résultat	-8 741	-9 500		-10 186		-20 051	
FSV							
Charges	14 811	14 352	-3,1	14 618	1,9	15 882	8,6
Produits	13 551	14 503	7,0	15 431	6,4	13 815	-10,5
Résultat	-1 259	151		812		-2 068	

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

Régime général 2006-2009 : produits et charges nets

Régime général	En millions d'euros						
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CNAM MALADIE							
Charges nettes	135 224	139 982	3,5	145 175	3,7	150 768	3,9
Produits nets	129 288	135 353	4,7	140 726	4,0	141 345	0,4
Résultat	-5 936	-4 629		-4 449		-9 423	
CNAM AT							
Charges nettes	9 727	10 682	9,8	10 529	-1,4	11 083	5,3
Produits nets	9 668	10 227	5,8	10 770	5,3	10 738	-0,3
Résultat	-59	-455		241		-345	
CNAV							
Charges nettes	84 948	90 396	6,4	95 105	5,2	98 939	4,0
Produits nets	83 094	85 824	3,3	89 469	4,2	91 253	2,0
Résultat	-1 855	-4 572		-5 636		-7 685	
CNAF							
Charges nettes	53 696	54 765	2,0	57 512	5,0	59 146	2,8
Produits nets	52 805	54 921	4,0	57 170	4,1	56 548	-1,1
Résultat	-891	156		-342		-2 598	
Régime général consolidé							
Charges nettes	278 856	291 116	4,4	303 310	4,2	314 491	3,7
Produits nets	270 115	281 616	4,3	293 124	4,1	294 440	0,4
Résultat	-8 741	-9 500		-10 186		-20 051	

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

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.

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

Pour plus de précisions sur les opérations permettant de passer des produits et charges bruts aux produits et charges nets, voir la page 206.

Principales hypothèses pour la prévision

	Evolution en moyenne annuelle		
	2007	2008	2009 (p)
Produit intérieur brut (PIB)			
PIB en volume	2,3%	0,4%	-3,00%
PIB en valeur	4,7%	2,8%	
Masse salariale			
Secteur privé en comptabilité nationale (1)	4,8%	3,4%	-1,25%
<i>dont</i> <i>Emploi</i>	1,8%	0,4%	-2,8%
<i>Salaire moyen</i>	3,0%	2,9%	1,5%
Secteur privé champ URSSAF	4,8%	3,6%	-1,25%
<i>dont</i> <i>masse salariale plafonnée</i>	4,9%	3,8%	-0,5%
Plafond de la sécurité sociale			
Montant annuel en euros	32 184	33 276	34 308
<i>Variation en %</i>	3,6%	3,4%	3,1%
Hausse des prix et taux de revalorisation			
Prix hors tabac	1,5%	2,8%	0,4%
Revalorisation de la BMAF	1,7%	1,0%	3,0%
Revalorisation des pensions			
au 1er janvier	1,8%	1,1%	
au 1er avril			1,0%
au 1er septembre		0,8%	
<i>Effet en moyenne annuelle</i>	1,8%	1,37%	1,29%

(1) Secteurs EB-EP

Source : INSEE / ACOSS / DSS

La sensibilité du solde du régime général aux principales hypothèses

L'analyse montre que les écarts constatés entre les prévisions et les réalisations s'expliquent principalement par les révisions intervenant sur un petit nombre de variables, dont les deux principales sont la masse salariale du secteur privé et les dépenses d'assurance maladie. Plutôt que d'établir des scénarios, on rappelle dans le tableau qui suit l'incidence sur le solde du régime général (et donc sur celui des régimes de base) des écarts possibles des principales hypothèses par rapport à ce qui a été retenu dans ce rapport.

Sensibilité des résultats du régime général aux hypothèses de prévision (valeur 2009)

<i>En millions d'euros</i>	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAF	CNAV	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	900	100	300	650	1 950
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 270	30			1 300
Inflation : impact d'une hausse de 1 % de la revalorisation des prestations retraite et famille			270	840	1 110

Ainsi une variation d'un point de la masse salariale modifie le solde du régime général de 1,95 Md€. Un point de dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM, en plus ou en moins, représente 1,3 Md€ pour le régime général.

THÈME 1
CADRAGE ÉCONOMIQUE GÉNÉRAL

CADRAGE ÉCONOMIQUE GÉNÉRAL

L'économie mondiale connaît sa récession la plus profonde et la plus générale depuis la dernière guerre. L'intensification de la crise financière à la rentrée 2008 a précipité une forte contraction de l'activité à la fin de l'année 2008, qui s'est poursuivie au 1^{er} semestre 2009. Le durcissement des conditions de financement, les effets négatifs de patrimoine liés à la baisse des prix immobiliers et des cours boursiers et la perte de confiance des agents économiques ont provoqué une chute de la demande et un effondrement du commerce international. Selon les organismes internationaux, la production mondiale se contracterait d'environ 1,5 % en 2009. La baisse du PIB des économies développées serait de l'ordre de 3,5 %.

Une récession très profonde depuis la fin 2008

L'économie française est en récession depuis le printemps 2008. Mais la baisse de l'activité s'est fortement accélérée au 4^e trimestre 2008 et au 1^{er} trimestre 2009. Entre le 1^{er} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, le PIB a diminué de 3,2 %, dont 2,7 % sur les deux derniers trimestres.

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

2008				2009	4 derniers trimestres
1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	
0,4 %	-0,4 %	-0,2 %	-1,5 %	-1,2 %	-3,2 %

Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

La chute de l'activité enregistrée depuis la fin 2008 résulte d'un déstockage important et de fortes baisses de l'investissement et des exportations. La consommation a conservé une faible croissance sur la période. Les indicateurs disponibles font attendre une diminution du PIB moins prononcée au 2^e trimestre qu'au premier.

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

	2006	2007	2008	2009 (p)
France	2,2 %	2,2 %	0,4 %	-3,0 %
Allemagne	3,0 %	2,5 %	1,3 %	-5,4 %
Zone euro	2,9 %	2,7 %	0,8 %	-4,0 %
État s-Unis	2,8 %	2,9 %	1,1 %	-2,9 %

Source : Commission européenne, mai 2009

L'hypothèse retenue par le Gouvernement est désormais une baisse du PIB de 3 % en 2009 (en moyenne annuelle). Elle est en phase avec la prévision de la Commission européenne. Le PIB moyen de la zone euro diminuerait de 4 %. La chute serait plus importante encore pour l'Allemagne qui est très affectée par l'effondrement des échanges internationaux.

La masse salariale et les prix

Un retournement brutal de la masse salariale

La baisse de l'activité s'est répercutée rapidement sur l'emploi. La réduction des effectifs salariés des secteurs marchands s'est amorcée dès le 2^e trimestre 2008 pour s'accélérer en fin d'année. Au 31 mars 2009, elle atteint 2,3 % sur un an, soit la perte d'environ 375 000 emplois, dont 192 000 au cours du seul 1^{er} trimestre 2009.

En moyenne annuelle, l'hypothèse retenue pour 2009 est une baisse de l'emploi salarié du secteur privé (champ de recouvrement URSSAF) de 2,75 %.

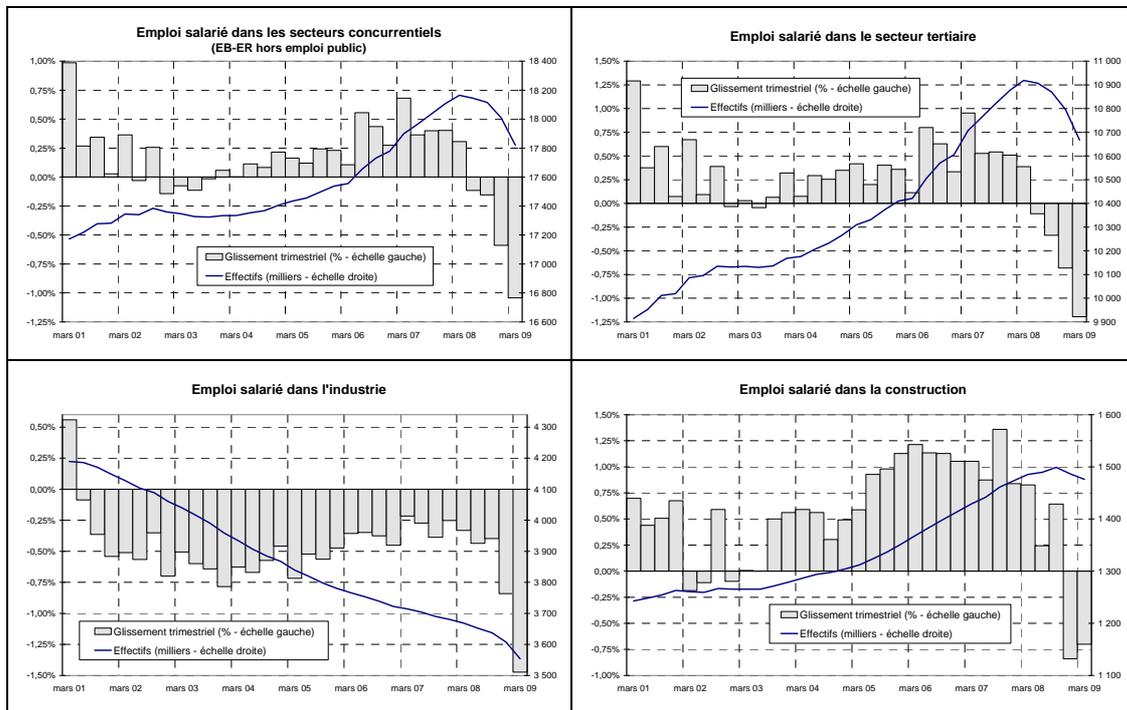
La masse salariale du secteur privé en valeur, qui avait augmenté d'environ 4,5 % par an en 2006 et 2007, et encore de 3,6 % en 2008, diminuerait de 1,25 % en 2009, compte tenu d'une progression du salaire moyen de l'ordre de 1,5 %.

Une forte décélération de la hausse des prix

Le glissement annuel des prix à la consommation (hors tabac), qui s'était élevé à 3,5 % à la mi-2008, s'est ralenti par la suite jusqu'à devenir négatif en mai 2009 (-0,3 %). Cette baisse reflète avant tout celles des produits pétroliers (-26 % sur un an). Hors énergie, le glissement annuel des prix est de 1,3 %. L'inflation sous-jacente, hors tarifs publics et produits à prix volatils, est estimée à 1,6 % en mai.

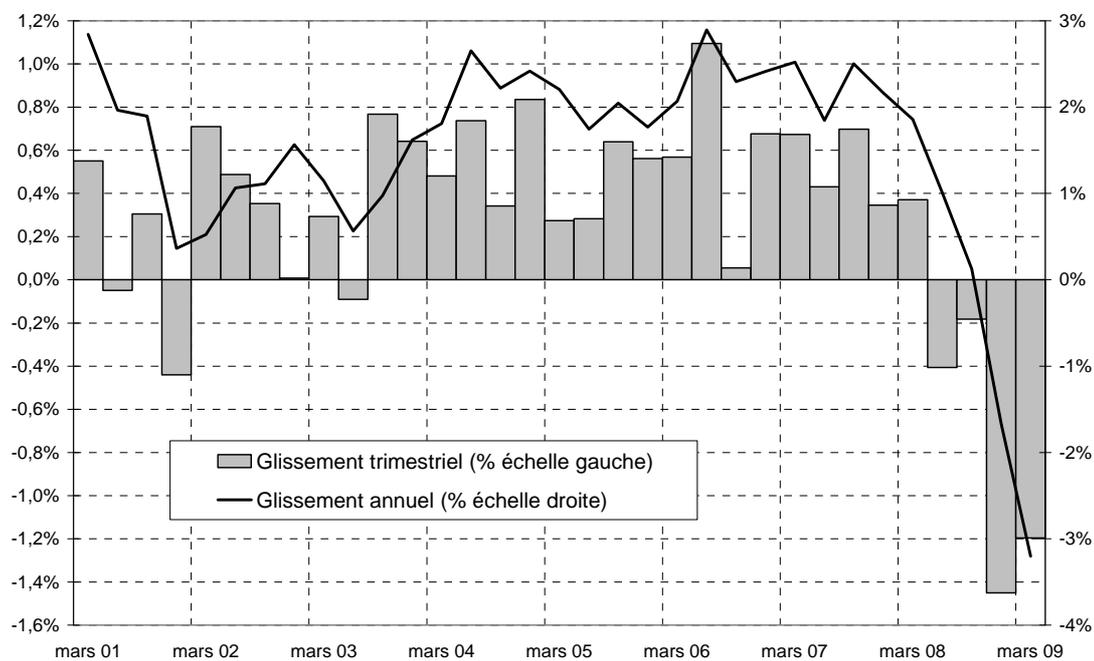
L'hypothèse de hausse moyenne des prix pour 2009 a été révisée à la baisse. Elle est désormais de 0,4 %.

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



Source : INSEE / DARES

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



Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

THÈME 2
VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES
DU RÉGIME GÉNÉRAL

VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES

On peut partager les ressources du régime général et des fonds en quatre grandes catégories de recettes : les cotisations, les impôts et taxes affectés, les contributions publiques (prises en charge de cotisations et de prestations par l'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 168,3 Md€ en 2008

Ce montant est en augmentation de 2,4% par rapport à 2007, sous l'effet principalement d'une masse salariale du secteur privé encore dynamique (+3,6%). Le dynamisme des exonérations de cotisations, principalement du fait de la montée en charge des exonérations sur les heures supplémentaires entrées en vigueur au 1^{er} octobre 2007 freine en revanche la croissance des cotisations. Du fait de la forte dégradation de la conjoncture économique, les cotisations devraient rester stables en 2009 (168,4 Md€) sous l'hypothèse d'une décroissance de la masse salariale de 1,25%.

Les cotisations représentent, en 2008, 52%¹ des recettes du régime général. Les cotisations sont affectées en majorité aux branches maladie et vieillesse à hauteur respectivement de 67,0 Md€ (soit 40% de l'ensemble des cotisations – hors exonérations ou prises en charge par un tiers) et 60,3 Md€ (36% des cotisations). Viennent ensuite les branches famille avec 32,6 Md€ (19%) et accidents du travail avec 8,4 Md€ (voir tableau 1 et graphiques 1 et 2).

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

94,8 Md€ d'impôts et taxes ont été affectés au régime général en 2008 et 14,8 Md€ aux fonds de financement

Les impôts et taxes affectés au régime général ont augmenté de 7,9% en 2008 (voir tableau 2), en raison d'une CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement encore dynamique et de l'affectation de nouvelles recettes fiscales. Le montant des recettes fiscales perçues par le régime général pour compenser les exonérations de cotisations sociales s'élève à 21,4 Md€ en 2007 et 24,8 Md€ en 2008 (+15,5%). Cette forte hausse est principalement due à la montée en charge des allègements sur les heures supplémentaires qui sont compensés à l'euro l'euro par l'affectation de recettes fiscales. En 2009, les impôts et taxes affectés au régime général devraient rester stables, la baisse du rendement de la CSG étant compensée par l'affectation de nouvelles recettes fiscales à la CNAV et, dans une moindre mesure, à la CNAV.

Ces produits représentent 29% des recettes du régime général en 2008. La branche maladie du régime général est la première bénéficiaire de ces recettes (70% des ITAF affectés au régime général). En effet, la majeure partie de la CSG lui est affectée et elle est la principale bénéficiaire des autres recettes fiscales.

Les recettes fiscales attribuées aux fonds augmentent de 6,3% en 2008, mais devraient fortement diminuer en 2009 (-15,9%) en raison de la réaffectation de 0,2 point de CSG du FSV vers la CADES.

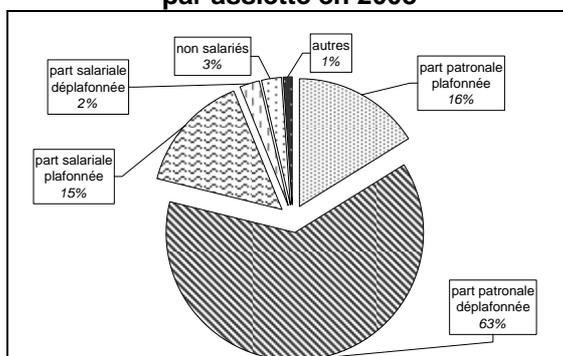
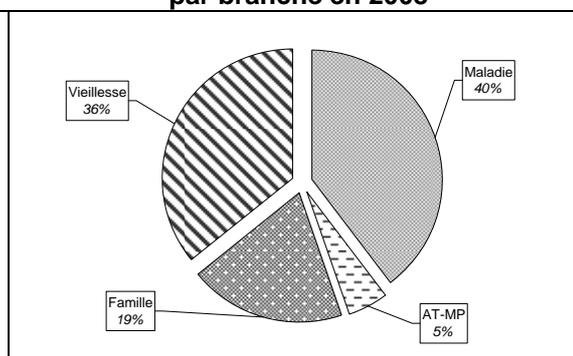
Des données détaillées concernant la CSG et les autres impôts et taxes affectés sont présentées dans les fiches 3-2, 3-3 et 3-4.

¹ Ces taux sont calculés en pourcentage de l'ensemble des recettes. Ils sont donc potentiellement impactés par certaines écritures comptables majorant artificiellement les produits et les charges.

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

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Maladie	63 117	65 351	3,5	67 014	2,5	67 125	0,2
AT-MP	7 519	7 781	3,5	8 359	7,4	8 361	0,0
Famille	30 450	31 384	3,1	32 586	3,8	32 464	-0,4
Vieillesse	57 545	59 777	3,9	60 339	0,9	60 421	0,1
Total régime général	158 630	164 294	3,6	168 297	2,4	168 371	0,0

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 – Répartition des cotisations par assiette en 2008**Graphique 2 – Répartition des cotisations par branche en 2008**

Source : DSS/SDEPF/6A

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

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

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

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Maladie	60 048	63 152	5,2	66 815	5,8	66 831	0,0
AT-MP	1 620	1 829	++	2 023	10,6	2 012	-0,5
Famille	14 578	15 602	7,0	16 395	5,1	16 209	-1,1
Vieillesse	6 144	7 296	++	9 593	31,5	9 985	4,1
Total régime général	82 390	87 879	6,7	94 826	7,9	95 037	0,2
Fonds	12 880	13 965	8,4	14 842	6,3	12 476	-15,9
Ensemble	95 270	101 843	6,9	109 668	7,7	107 513	-2,0

Source: DSS/SDEPF/6A

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

Les contributions de l'État au régime général se sont élevées à 11,2 Md€ en 2007

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

Après une forte croissance en 2007, les prises en charge de cotisations par l'État ont augmenté modérément en 2008 (+3,5%, soit 4,0 Md€). La progression de ces recettes s'explique entièrement par celle des dispositifs d'exonération (voir fiche 6-3), puisque les dotations de l'État compensent exactement la perte de recettes pour la sécurité sociale. En 2009, les prises en charge de cotisations devraient diminuer de 11,8%, principalement du fait de la suppression de l'exonération spécifique dont bénéficiaient les contrats de professionnalisation, qui ouvrent droit désormais aux allègements généraux de cotisation.

Par ailleurs, la sécurité sociale assure la gestion de plusieurs prestations pour le compte de l'État. Certaines d'entre elles sont suivies dans les comptes de la sécurité sociale et représentaient en 2008 un montant de 7,1 Md€ (+3,0%). Il s'agit principalement de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation de parent isolé (API) et d'avantages servis au titre de l'invalidité. En 2009, ces prises en charge devraient diminuer de 1,1%, en raison de la substitution du revenu de solidarité active à l'API.

Les transferts en provenance d'organismes tiers représentent 26,3 Md€ de recettes pour le régime général en 2008

Ces recettes sont en hausse de 5% par rapport à 2008 et devraient augmenter de 11,5% en 2009 pour atteindre 29,4 Md€ (voir fiches 5-1, 5-2 et 5-3). En effet, en plus de la toujours forte croissance des prestations médico-sociales prises en charge par la CNSA, la dégradation du marché du travail en 2009 devrait conduire à une forte hausse des transferts du FSV vers la CNAV au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs.

Les transferts comprennent principalement :

- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale (représentant 2,3 Md€ en 2008, +0,5% par rapport à 2007) : les transferts de compensation, les cotisations et la soulte versées par le régime des industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, le reversement de cotisations des régimes spéciaux, la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) prises en charge par le RSI et les régimes maladie des salariés et exploitants agricoles...).
- des transferts du FSV vers la CNAV (12,3 Md€ en 2008, +2,0% par rapport à 2007), qu'il s'agisse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ou du remboursement des majorations de pensions de retraite (dont une part est ensuite remboursée au FSV par la branche famille) et du minimum vieillesse ;
- un transfert vers le régime général au titre de la prise en charge par la CNSA, à compter de 2006, des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (soit 11,7 Md€ en 2008, +9,3% par rapport à 2007).

Tableau 3 – Évolution des recettes du régime général (en M€)

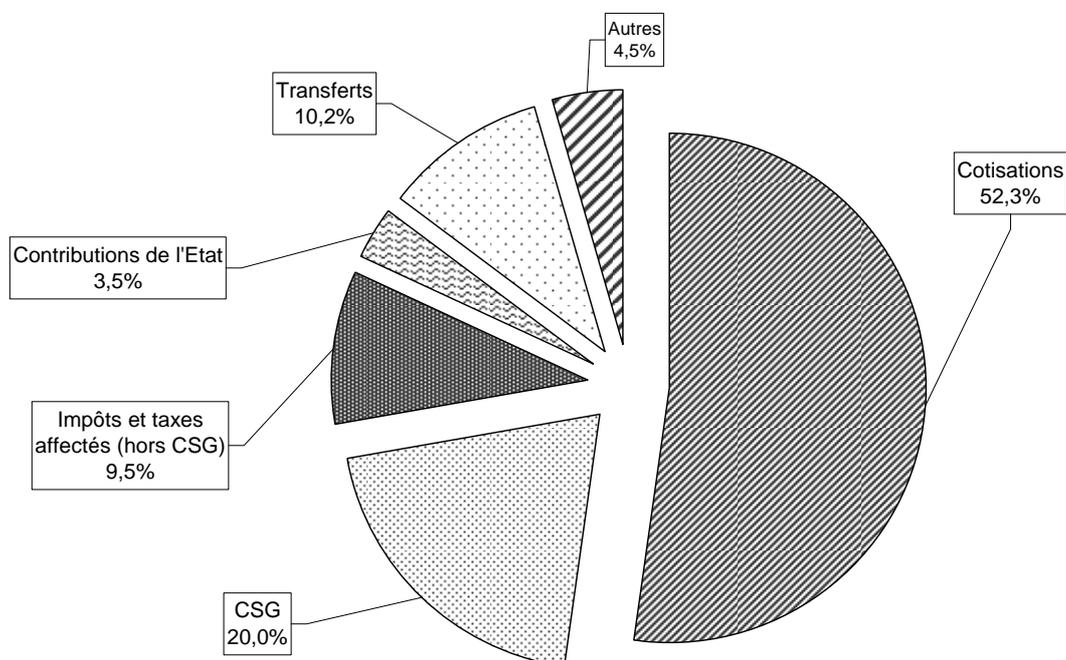
	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Cotisations	158 630	164 294	3,6	168 297	2,4	168 371	0,0
CSG	58 223	61 450	5,5	64 379	4,8	63 021	-2,1
Impôts et taxes affectés (hors CSG)	24 167	26 429	9,4	30 447	15,2	32 016	5,2
Contributions de l'Etat	10 065	10 918	8,5	11 249	3,0	10 684	-5,0
<i>dont exonérations compensées</i>	3 314	3 897	17,6	4 034	3,5	3 560	-11,8
<i>dont prises en charge de prestations</i>	6 586	6 874	4,4	7 079	3,0	6 998	-1,1
Transferts à la charge d'organismes tiers	24 590	25 093	2,0	26 339	5,0	29 379	11,5
<i>dont autres régimes de base</i>	2 176	2 261	3,9	2 272	0,5	2 539	11,7
<i>dont FSV</i>	12 558	12 107	-3,6	12 346	2,0	13 621	10,3
<i>dont CNSA</i>	9 855	10 726	8,8	11 721	9,3	13 219	12,8
Autres	12 170	18 200	49,5	14 516	-20,2	16 440	13,3
Ensemble des produits consolidés	287 844	306 383	6,4	315 228	2,9	319 910	1,5
Transferts internes au régime général	6 107	6 003	-1,7	6 366	6,1	6 895	8,3
Ensemble des produits	293 951	312 386	6,3	321 594	2,9	326 805	1,6

Source : DSS/SDEPF/6A

Notes :

- la ligne « autres » comprend principalement les reprises de provisions sur prestations maladie ; cette série est heurtée sur les derniers exercices en raison de l'effet du passage à la T2A en 2004 sur les provisions inscrites en 2005 et les reprises sur provisions de 2006 (les chocs sur les dotations aux provisions sur prestations maladie se retrouvent avec un an de décalage sur les reprises, puisque les reprises comptabilisées en N+1 sont égales aux dotations comptabilisées en N).
- la forte hausse sur cette ligne en 2007 est due à l'écriture comptable (5,1 Md€, en charges et en produits exceptionnels) du montant de la dette de l'État constatée au 31 décembre 2006 à l'égard du régime général et qui a fait l'objet d'une opération d'apurement en octobre 2007.

Graphique 3 – Structure des recettes consolidées du régime général en 2008



Source : DSS/SDEPF/6A

THÈME 3
LES COTISATIONS ET IMPÔTS AFFECTÉS AU
RÉGIME GÉNÉRAL ET AUX FONDS

LES COTISATIONS

Le montant total des produits de cotisations du régime général, hors cotisations prises en charge, s'élève à 168,3 Md€ pour l'exercice 2008

Ce montant est en augmentation de 2,4 % par rapport à 2007. La croissance des cotisations est inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé en 2008, estimée à 3,6 %, en raison du fort dynamisme des dispositifs d'exonérations, notamment de celle sur les heures supplémentaires entrée en vigueur en octobre 2007 qui joue pleinement en 2008. Cet impact est surtout fort pour la CNAV, puisque les heures supplémentaires sont également exonérées de cotisations salariales, dont la plus grande part est affectée à la CNAV.

Au contraire, les cotisations des branches famille et AT-MP augmentent plus vite que la masse salariale. La branche famille bénéficie de la forte augmentation des cotisations des travailleurs indépendants due à la modification de leur calendrier de recouvrement (voir fiche 6-1). La forte croissance des cotisations de la branche AT-MP (+7,4 %) s'explique par l'extinction des exonérations ciblées de cotisations pour cette branche (voir fiche 6-3).

En 2009, les cotisations devraient rester stables, malgré une décroissance de la masse salariale du secteur privé estimée à 1,25 %. Au contraire des années précédentes, les allègements généraux de cotisation, qui diminueraient plus vite que la masse salariale, auraient un impact positif sur la croissance des cotisations. La modification du calendrier de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, qui a bénéficié à la branche famille en 2008, jouerait en sens inverse en 2009, expliquant la diminution de 0,4 % des cotisations de la CNAF. La CNAV, dont près de 90% des cotisations sont assises sur la partie des salaires inférieure au plafond de la sécurité sociale, bénéficie ainsi d'un effet positif sur ses cotisations due à la forte revalorisation du plafond en 2009 (3,1 %).

En 2008, un point de cotisation déplafonnée représente entre 4,9 Md€ et 6,9 Md€ selon les branches

Un point de cotisation déplafonné sur le secteur salarié privé, soit sur le champ des branches vieillesse et AT, représente 4,9 Md€ en 2008. Le rendement d'un point de cotisation retraite plafonnée sur le même champ s'élève à 4,1 Md€. Le champ des assurés relevant de la branche maladie est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse, car il intègre la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils). Cela explique que le rendement du point de cotisation pour la branche maladie soit plus élevé (6,1 Md€). La branche famille couvrant l'ensemble des assurés (y compris les indépendants et le secteur agricole), le rendement du point de cotisation s'élève à 6,9 Md€.

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

En millions d'euros

Valeur du point par branche	2006	2007	2008	2009 (p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	4 520	4 750	4 920	4 870
Vieillesse plafonnée (1)	3 740	3 940	4 110	4 110
Maladie (2)	5 650	5 920	6 100	6 090
Famille (3)	6 400	6 690	6 890	6 880

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 de taux de cotisation. Elles intègrent une compensation intégrale des exonérations compensées, que ce soit par dotation budgétaire ou par l'affectation de recettes fiscales.

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

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Ensemble du régime général							
Cotisations sur revenus d'activité	156 923	162 440	3,5	166 517	2,5	166 675	0,1
salariés	153 308	158 570	3,4	162 219	2,3	162 237	0,0
<i>part patronale</i>	124 462	128 506	3,2	132 703	3,3	132 734	0,0
<i>part salariale</i>	28 846	30 064	4,2	29 517	-1,8	29 504	0,0
non salariés	3 616	3 869	7,0	4 298	11,1	4 437	3,2
Cotisations sur revenus de remplacement	503	524	4,2	555	6,0	573	3,2
Autres cotisations	687	817	18,8	878	7,6	769	-12,5
Majorations et pénalités	517	514	-0,6	347	-32,5	354	2,1
Total	158 630	164 294	3,6	168 297	2,4	168 371	0,0
CNAM - Maladie							
Cotisations sur revenus d'activité	62 261	64 437	3,5	66 110	2,6	66 195	0,1
salariés	62 112	64 165	3,3	65 987	2,8	65 830	-0,2
<i>part patronale</i>	58 679	60 598	3,3	62 462	3,1	62 332	-0,2
<i>part salariale</i>	3 433	3 567	3,9	3 525	-1,2	3 498	-0,8
non salariés	149	272	82,4	123	-54,7	365	195,8
Cotisations sur revenus de remplacement	503	524	4,2	555	6,0	573	3,2
Autres cotisations	161	199	24,0	225	12,7	230	2,2
Majorations et pénalités	192	191	-0,8	124	-35,0	127	2,5
Total	63 117	65 351	3,5	67 014	2,5	67 125	0,2
CNAV							
Cotisations sur revenus d'activité	56 832	58 976	3,8	59 565	1,0	59 758	0,3
salariés	56 795	58 933	3,8	59 518	1,0	59 710	0,3
<i>part patronale</i>	31 382	32 436	3,4	33 526	3,4	33 705	0,5
<i>part salariale</i>	25 413	26 497	4,3	25 992	-1,9	26 006	0,1
non salariés	37	43	16,7	47	8,4	48	2,9
Autres cotisations	523	614	17,3	650	5,9	536	-17,6
Majorations et pénalités	190	188	-1,0	124	-34,1	127	2,5
Total	57 545	59 777	3,9	60 339	0,9	60 421	0,1
CNAF							
Cotisations sur revenus d'activité	30 340	31 274	3,1	32 504	3,9	32 381	-0,4
salariés	26 911	27 719	3,0	28 376	2,4	28 357	-0,1
<i>part patronale</i>	26 911	27 719	3,0	28 376	2,4	28 357	-0,1
non salariés	3 430	3 554	3,6	4 128	16,1	4 024	-2,5
Majorations et pénalités	109	110	0,7	82	-25,3	83	0,9
Total	30 450	31 384	3,1	32 586	3,8	32 464	-0,4
CNAM - AT							
Cotisations sur revenus d'activité	7 490	7 753	3,5	8 339	7,6	8 340	0,0
salariés	7 490	7 753	3,5	8 339	7,6	8 340	0,0
<i>part patronale</i>	7 490	7 753	3,5	8 339	7,6	8 340	0,0
Autres cotisations	3	4	7,8	4	0,0	4	7,0
Majorations et pénalités	26	25	-2,3	17	-34,0	17	2,5
Total	7 519	7 781	3,5	8 359	7,4	8 361	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A

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

Les cotisations reversées par le régime des Industries électriques et gazières à la CNAV sont considérées dans ce rapport comme des transferts (voir fiche 5-2) et ne figurent donc pas dans ce tableau.

Les recettes de CSG se sont élevées à 84,3 Md€ en 2008 (+4,7 %). Plus des trois quarts de ce montant ont été affectés au régime général (CNAM et CNAF), près de 14 % au FSV, un peu moins de 9 % aux autres régimes d'assurance maladie et 1 % à la CNSA. En 2009, le rendement de la CSG se contracterait 1,4 %. De plus, le champ des attributaires s'élargit en 2009 : 0,2 point de CSG, précédemment alloué au FSV, est affecté à la CADES.

La croissance de la CSG est restée forte en 2008

La CSG assise sur les revenus d'activité a progressé plus vite en 2008 qu'en 2007 (4,9 % après 4,2 %) malgré la moindre croissance de la masse salariale privée (3,6 % en 2008 après 4,8 %). Deux principaux facteurs expliquent cette évolution. D'une part, selon l'ACOSS, les éléments non salariaux de la rémunération des salariés (participation, intéressement...) soumis à CSG mais pas à cotisations ont progressé plus vite que la masse salariale du secteur privé en 2008 (0,3 point). D'autre part, la mise en place de « l'interlocuteur social unique » (ISU) pour les travailleurs indépendants a généré en 2008 une forte augmentation des produits de CSG (voir fiche 6-1) expliquant plus d'un point d'écart entre les évolutions de la masse salariale privée et de la CSG assise sur les revenus d'activité.

La CSG sur les revenus de remplacement a augmenté de 6,8 %, entraînée, principalement, par le dynamisme des pensions de retraite publiques comme privées (voir fiches 7-1 et 11-1) et l'évolution rapide des indemnités journalières.

La CSG assise sur les revenus du capital a vu sa croissance ralentie en 2008 (2,9 % après 12,6 % en 2007) en raison de trois phénomènes jouant dans les deux sens :

A la baisse :

- une évolution spontanée des assiettes moins dynamique que les années précédentes en raison notamment de la contraction des revenus boursiers. Cet effet s'ajoute au contrecoup négatif en 2008 dû au basculement de certains produits d'épargne au prélèvement libératoire plutôt que sur rôle ;

- l'année 2008 a été marquée par une modification comptable concernant l'enregistrement des produits de CSG comptabilisés sur les revenus de placement versés par les établissements financiers collecteurs (banques et assurances). Toutes choses égales par ailleurs, une partie des produits de CSG 2008 a été « déplacée » sur l'année 2009 (voir fiche 6-5).

A la hausse :

- le prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes plutôt que sur rôle conduit sur l'année 2008 à doubler la recette qui est perçue en 2008 au titre de ces revenus à la fois sur les dividendes de 2007 et sur ceux de 2008. Cette mesure a pour effet de déformer le partage entre assiette des revenus de placement et assiette des revenus du patrimoine au profit de la première.

La CSG serait en recul de -1,4% en 2009

La CSG assise sur les revenus d'activité reculerait de 0,4 %, entraînée par la décroissance de la masse salariale privée (-1,25 %). Cependant, la prévision 2009 retient l'hypothèse d'un différentiel de +0,2 point entre les assiettes de la masse salariale privée et l'assiette de la CSG du secteur privé. De plus, les autres assiettes assujetties à la CSG sur les revenus d'activité seraient plus dynamiques que celle du secteur privé. Globalement, l'ensemble des assiettes hors celle du secteur privé expliquerait 0,6 point d'écart entre l'évolution de la masse salariale privée et celle de la CSG sur les revenus d'activité (0,5 pour le secteur public, 0,1 pour le secteur des EPM, 0,1 pour les grandes entreprises nationales et -0,1 pour le secteur des travailleurs indépendants).

Tableau 1 – Les taux de CSG assise sur les revenus du capital par branche

	2006	2007	2008	2009
MALADIE	5,95	5,99	5,95	5,95
FAMILLE	1,10	1,08	1,10	1,10
VIEILLESSE (FSV)	1,05	1,03	1,05	0,85
CNSA	0,10	0,10	0,10	0,10
CADES	0,00	0,00	0,00	0,20
Total CSG	8,20	8,20	8,20	8,20

Tableau 2 – CSG par type d'assiette

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG (tous régimes)	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Contribution sociale généralisée	76 441	80 489	5,3	84 273	4,7	83 094	-1,4
Sur les revenus d'activité	54 019	56 294	4,1	59 042	4,9	58 827	-0,4
Sur les revenus de remplacement	11 910	12 411	4,2	13 251	6,8	13 874	4,7
Sur majorations et pénalités	201	207	2,9	143	-30,9	147	2,5
Sur les revenus du capital	9 792	11 025	12,6	11 341	2,9	9 738	-14,1
<i>Sur revenus patrimoine</i>	<i>4 550</i>	<i>5 570</i>	<i>22,4</i>	<i>5 854</i>	<i>5,1</i>	<i>4 426</i>	<i>-24,4</i>
<i>Sur revenus placement</i>	<i>5 243</i>	<i>5 455</i>	<i>4,1</i>	<i>5 487</i>	<i>0,6</i>	<i>5 312</i>	<i>-3,2</i>
Sur les jeux	518	552	6,6	496	-10,2	509	2,6

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

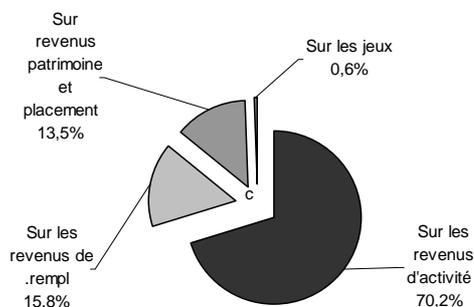
Tableau 3 – La CSG par attributaire

montants en millions d'euros et évolution en %

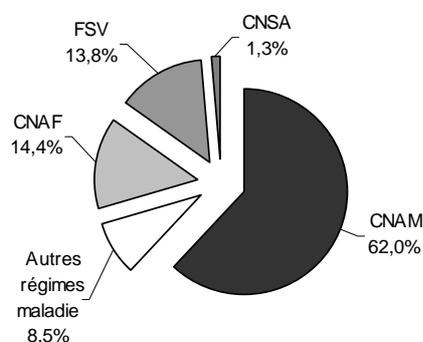
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Tous régimes	76 441	80 489	5,3	84 273	4,7	83 094	-1,4
FSV	10 572	11 086	4,9	11 621	4,8	9 283	-20,1
CNSA	1 021	1 078	5,6	1 122	4,1	1 111	-1,0
CADES						2 231	++
Régimes de base	64 847	68 325	5,4	71 529	4,7	70 469	-1,5
Autres régimes maladie	6 625	6 876	3,8	7 151	4,0	7 448	4,2
Régime général	58 223	61 450	5,5	64 379	4,8	63 021	-2,1
CNAM	47 139	49 793	5,6	52 208	4,8	51 007	-2,3
CNAF	11 084	11 657	5,2	12 171	4,4	12 013	-1,3

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

Graphique 1 – Répartition par assiette en 2008



Graphique 2 – Répartition par attributaires en 2008



La CSG sur les revenus de remplacement progresserait moins rapidement qu'en 2008 (4,7 % après 6,8 %) à l'instar des pensions de retraite qui constituent son assiette principale.

La CSG assise sur les revenus du capital reculerait fortement en 2009 (-14,1 %). Cette chute du rendement s'explique principalement par les répercussions en 2009 de la mesure d'élargissement aux dividendes du prélèvement à la source. La CSG sur les revenus du capital serait aussi affectée par les fortes baisses des plus-values mobilières, en lien avec la conjoncture boursière, et des plus-values immobilières (voir fiche 6.5).

Plus des trois-quarts de la CSG sont directement affectés au régime général

En 2008, la CSG affectée au régime général s'est élevée à 64,4 Md€ (+4,8 %) soit plus des trois-quarts du rendement total de CSG.

Sous l'hypothèse d'une répartition des produits du FSV proportionnelle au poids des différents régimes dans les dépenses du fonds, la part de CSG du FSV servant, de fait, au financement du régime général est d'environ 85 %. La part de CSG servant au financement du régime général représente alors presque 90 % de la totalité de la CSG.

La répartition de la CSG maladie a été favorable à la CNAM en 2008 et lui serait très défavorable en 2009

En 2008, globalement, la CSG maladie a progressé de 4,7 %. En raison du mécanisme d'attribution de la CSG maladie entre la CNAM et les autres régimes d'assurance maladie (voir encadré 1), la CNAM a capté une plus grande part de CSG maladie que les autres régimes. La CSG de la CNAM a progressé de 4,8 % en 2008 contre 4,4 % pour les autres régimes maladie (hors CRPCEN). L'évolution de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement de 2006, qui a servi de base de calcul à la part de CSG maladie revenant aux autres régimes d'assurance maladie pour 2008, a, en effet été inférieure à l'évolution globale de la CSG maladie en 2008.

En 2009, le retournement de conjoncture joue fortement en défaveur de la CNAM. En effet, la CSG maladie globale devrait décroître de -1,5 % en 2009 pour les raisons exposées précédemment. Mais la CSG maladie attribuée aux régimes autres que la CNAM, qui est revalorisée en fonction de l'évolution des revenus en 2007, augmente de 4,1 %. La conséquence de ce mécanisme est d'accentuer la baisse de la CSG allant à la CNAM en 2009. Celle-ci serait de -2,3 %, soit 0,8% de moins que l'évolution d'ensemble de la CSG maladie, ce qui représente une perte pour la CNAM d'environ 420 M€.

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 entre les régimes maladie ont été déterminés sur la base des pertes de cotisations maladie au titre de 1998 pour chacun des régimes. Pour chaque année, les montants de CSG affectés à chacun des régimes maladie autres que la CNAM sont établis en fonction des montants attribués l'année précédente, revalorisés de la progression des revenus d'activité et de remplacement entre les deux dernières années connues : pour la fixation des montants en 2009, les montants 2008 ont été revalorisés de la hausse des revenus d'activité et de remplacement entre 2006 et 2007 à législation constante.

Ce mécanisme se traduit par des décalages temporels parfois importants entre l'évolution des revenus et celle des montants de CSG affectés aux régimes.

La CADES bénéficie en 2009 de 0,2 point de CSG qui était alloué jusqu'en 2008 au FSV

Cette modification de la ventilation du rendement de CSG entre les contributeurs ne modifie pas le taux global de CSG. Elle réduit les recettes du FSV de 2,2 Md€ et augmente d'autant celles de la CADES (voir fiche 16-10).

Tableau 4 – Valeur de point par type d'assiette

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Contribution sociale généralisée	10 307	10 842	5,2	11 362	4,8	11 235	-1,1
Sur les revenus d'activité	7 208	7 511	4,1	7 878	4,9	7 849	-0,4
Sur les revenus de remplacement	1 824	1 901	4,2	2 029	6,8	2 125	4,7
Sur majorations et pénalités	27	28	2,9	19	-30,9	20	2,5
Sur revenus patrimoine et placement	1 194	1 345	12,6	1 383	2,9	1 188	-14,1
Sur les jeux	55	58	6,6	52	-10,2	54	2,6

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

Tableau 5 – La CSG maladie par régime bénéficiaire

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG MALADIE	2008	%	2009	%	Répartition en 2009
ENSEMBLE	59 358,5	4,7	58 455,9	-1,5	100,00%
CNAM	52 207,6	4,8	51 007,5	-2,3	87,26%
SALARIES AGRICOLES	1 212,1	4,4	1 262,4	4,1	2,16%
CNMSS	854,7	4,4	890,2	4,1	1,52%
MINES	191,1	4,4	199,1	4,1	0,34%
SNCF	571,4	4,4	595,1	4,1	1,02%
RATP	102,2	4,4	106,4	4,1	0,18%
ENIM	79,5	4,4	82,8	4,1	0,14%
CRPCEN	116,9	21,1	121,7	4,1	0,21%
BANQUE DE FRANCE	0,0	0,0			
EXPLOIT. AGRICOLES	1 025,1	4,4	1 067,6	4,1	1,83%
CANAM	2 956,8	4,4	3 079,5	4,1	5,27%
CAVIMAC	33,2	4,4	34,6	4,1	0,06%
CCIP	7,9	4,4	8,3	4,1	0,01%
Port autonome de Bordeaux	0,8	4,4	0,9	4,1	0,00%

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

N.B. : À compter de 2008¹, les agents titulaires actifs et retraités de la Banque de France sont affiliés au régime général de sécurité sociale au titre des prestations en nature des assurances maladie et maternité. En conséquence, la Banque de France ne sera plus concernée par le mécanisme de répartition de la CSG maladie. Automatiquement, la part de la CNAM est augmentée du montant de celle de la Banque de France calculée comme si cette dernière était encore concernée par ce mécanisme.

En 2008, la CRPCEN, dans le cadre de la commission de la CSG maladie, a usé de son droit pour revoir à la hausse ses bases de cotisations servant au calcul de la CSG maladie dans le but de compenser ses pertes de recettes liées au dynamisme de ses assiettes assujetties aux cotisations maladie. Le montant attribué à ce régime en 2008 a été augmenté de 18 M€

¹ Décret n° 2007-406 du 23 mars 2007 (article 1) relatif aux assurances maladie et maternité du personnel titulaire de la Banque de France.

3-3

LES RECETTES FISCALES AFFECTÉES À LA COMPENSATION DES EXONERATIONS

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la compensation des allègements généraux (principalement la réduction Fillon) par l'État est effectuée par affectation d'un panier de recettes fiscales, dont la composition a été modifiée par les lois de finances successives (voir tableau 1). De même, dans le cadre de la loi TEPA, les allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires sont compensés depuis leur mise en œuvre (1^{er} octobre 2007) par les recettes de taxes recouvrées par les services fiscaux.

Les recettes fiscales finançant des allègements de cotisations ont augmenté de 15,5% en 2008 et devraient rester stables en 2009

La croissance soutenue des recettes fiscales finançant les allègements de cotisations en 2008 a accompagné le dynamisme des exonérations sur les heures supplémentaires et les rachats de RTT qui joue en année pleine en 2008. Ce second panier fiscal rapporte 2,9 Md€ en 2008 au régime général (voir tableau 2) et devrait se stabiliser en 2009. Son montant compense à l'euro l'euro les exonérations (voir fiche 6-3).

La croissance globale du premier panier fiscal (finançant les allègements généraux) est de 5,1 % en 2008, pour un total de 21,9 Md€ de recettes affectées au régime général. La forte progression de la taxe sur les salaires (+7,9 %), qui constitue la principale composante du premier panier, résulte essentiellement d'une sous-estimation des produits à recevoir (PAR) en 2007 et d'une sur-estimation des PAR en 2008. Les taxes tabacs progressent de 17,8 % en raison de l'affectation en 2008 des droits de licence sur les débitants de tabac et des augmentations successives de la part des droits tabacs affectés au panier en 2008 et en 2009, cette dernière augmentant les PAR enregistrés sur l'exercice 2008 en droits constatés. Au contraire la suppression de l'affectation au panier des taxes sur les alcools en 2009 explique la baisse du rendement de ces taxes en 2008, en droits constatés.

En 2009, le montant du panier de recettes devrait rester stable malgré une diminution de la taxe sur les salaires de 3,8 % due au contrecoup de l'erreur de PAR en 2008 et à la dégradation économique, très sensible dans le secteur bancaire. La suppression des taxes sur les alcools et les boissons non alcoolisées est compensée par la forte croissance de la part des droits tabacs affectés au panier (37,95 % contre 10,26 % en 2008, voir tableau 1).

Le panier de recettes fiscales dégage un excédent de 0,2 Md€ en 2008, qui devrait augmenter en 2009

La compensation des allègements généraux par le premier panier de recettes fiscales fait apparaître un excédent en droits constatés de 218 M€ en 2008 pour le régime général. En 2009, les hypothèses d'évolution pour les recettes fiscales et les allègements généraux de cotisations conduiraient à un excédent de l'ordre de 650 M€, en raison du recul des montants exonérés au titre des allègements généraux (voir fiche 6-3).

Le bilan de la compensation des exonérations pour les heures supplémentaires et rachats de RTT est équilibré sur la période, ces exonérations étant compensées à l'euro l'euro.

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Champ du régime général							
Allègements généraux	18 607	20 820	11,9	21 659	4,0	21 161	-2,3
"1er panier fiscal"	18 852	20 824	10,5	21 877	5,1	21 815	-0,3
Solde	245	4		218		654	
Exonérations heures supplémentaires et rachat RTT		617	++	2 883	++	2 829	-1,9
"2ème panier fiscal"		613	++	2 886	++	2 834	-1,8
Solde		-4		3		5	

Tableau 1 – Évolution de la composition des paniers de recettes fiscales destinés à financer les allègements de cotisations**Evolution du panier de recettes affectées à la compensation des allègements généraux**

2006	2007	2008	2009
Taxe sur les salaires (95%)	Taxe sur les salaires (100%)		
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%)	Droit de consommation sur les tabacs (10,26%)	Droit de consommation sur les tabacs (37,95%)
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			

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

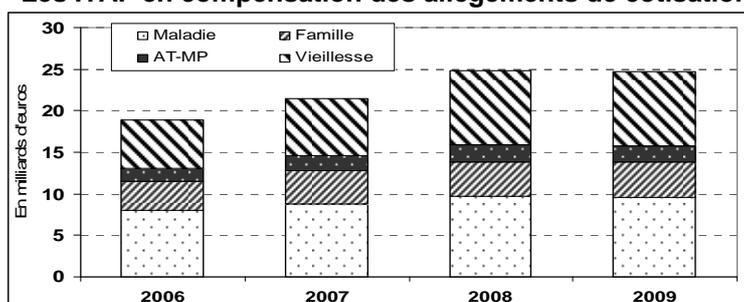
2006	2007	2008	2009
		TVA brute collectée par les producteurs de boissons	
	Taxe sur les véhicules de société (22,38 %)		
		Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés (jusqu'à équilibre du panier en droits constatés)	

Les affectations par la loi d'impôts et taxes dans les paniers de recettes 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 1 – Les ITAF destinés à financer les allègements de cotisations

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
"1^{er} panier fiscal" compensant les exonérations générales de cotisations							
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2 594	2 524	-2,7	2 093	-17,1	0	-
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	119	109	-7,8	85	-21,8	0	-
Droit de circulation sur les vins, cidre, poirés et hydromels	114	115	0,5	95	-17,8	0	-
Droit sur les bières et boissons non alcoolisées	385	370	-3,9	318	-14,1	0	-
Droit de consommation sur les alcools	1 976	1 930	-2,3	1 595	-17,3	0	-
Taxes tabacs	2 875	3 753	30,6	4 419	17,8	6 696	++
Droit de consommation sur les tabacs	29	841	++	1 235	47,0	3 506	++
TVA brute sur les tabacs	2 846	2 891	1,6	2 919	1,0	2 922	0,1
Droit de licence sur les débitants de tabacs	0	22	++	265	++	268	1,0
ITAF acquittés par des personnes morales	10 563	11 538	9,2	12 369	7,2	11 985	-3,1
Taxe sur les salaires	9 047	10 017	10,7	10 805	7,9	10 395	-3,8
Taxe sur les contributions à la prévoyance	582	601	3,3	655	9,0	694	5,9
Taxe sur les primes d'assurance automobile	934	920	-1,4	908	-1,3	896	-1,3
Taxes sur les médicaments	2 820	3 009	6,7	2 996	-0,4	3 134	4,6
TVA brute sur les produits pharmaceutiques	2 820	3 009	6,7	2 996	-0,4	3 134	4,6
Autres impôts et taxes affectés	0	0	-	0	-	0	-
Rendement total du 1er panier fiscal	18 852	20 824	10,5	21 877	5,1	21 815	-0,3
"2^{ème} panier fiscal" compensant les exonérations sur les heures supplémentaires							
TVA brute sur les producteurs d'alcools		213	++	1 989	++	2 031	2,1
Taxe sur les véhicules des sociétés		248	++	0	++	0	-
Contribution sociales sur les bénéfices des sociétés		152	++	896	++	803	-10,4
Rendement total du 2ème panier fiscal		613	++	2 886	++	2 834	-1,8
Rendement total des paniers fiscaux	18 852	21 437	13,7	24 763	15,5	24 649	-0,5

Graphique 1 – Les ITAF en compensation des allègements de cotisations, par branche

LES AUTRES RECETTES FISCALES

Cette fiche commente l'évolution des impôts et taxes affectés au régime général, hors ceux composant les paniers de recettes en compensation des allègements de cotisations. Certaines taxes, comme les droits tabacs ou la CSSS, ne sont pas affectées en totalité à une destination particulière et sont donc commentées dans les différentes fiches en fonction de leur destination. La fiche 6-4 présente une analyse globale des taxes tabacs et alcools.

Les ITAF hors paniers affectés au régime général augmentent fortement en 2008 et en 2009 grâce à de nouvelles recettes

Hors ITAF destinés à financer les allègements généraux de cotisations, les recettes fiscales affectées au régime général ont augmenté de 13,9 % en 2008. Les nouvelles recettes prévues par la LFSS 2008 rapportent globalement 540 M€ et expliquent donc l'essentiel de la hausse. Il s'agit des contributions sur les indemnités de mise à la retraite et les préretraites bénéficiant à la CNAV (+320 M€) et du prélèvement instauré sur les *stocks options* qui rapporte 220 M€ à la CNAM. Sans ces mesures, les recettes fiscales auraient crû de 3 %, grâce au dynamisme des taxes sur les médicaments et de la contribution additionnelle à la CSSS.

Les droits de consommation sur les tabacs (hors panier) restent globalement stables en 2008, le transfert vers le 1^{er} panier fiscal de la fraction des droits tabacs affectés en 2007 au régime général en compensation des frais financiers induits par la dette de l'État étant compensé par l'effet positif sur les produits à recevoir de l'augmentation de la part des droits tabacs affectés à la CNAM en 2009 (voir fiche 6-4).

En 2009, la croissance des recettes fiscales affectées au régime général devrait être de près de 30 %, essentiellement en raison de l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs affectés à la CNAM (38,81 % contre 30 % en 2008). L'instauration en 2009 d'un « forfait social » de 2 % sur l'épargne salariale (participation et intéressement) devrait rapporter 410 M€ supplémentaires à la CNAM. La CNAV bénéficie elle aussi de recettes supplémentaires en 2009. La part du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital qui lui est affectée double, passant de 15 % à 30 %, au détriment du FSV. Enfin, la contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite poursuit sa montée en charge en 2009, son taux passant de 25 % à 50 %. Au total, ces mesures rapporteraient environ 1,8 Md€ au régime général, dont près des trois quarts bénéficieraient à la branche maladie.

Les taxes médicaments resteraient dynamiques en 2009 (+6,9 %) et la contribution additionnelle à la CSSS augmenterait encore de 3,5 %, malgré le contexte économique, car elle est assise sur le chiffre d'affaires des entreprises de l'année 2008.

Les ITAF hors paniers affectés aux fonds et à la CNSA augmentent de 8,2 % en 2008 mais devraient diminuer en 2009

La forte croissance des impôts et taxes affectés aux fonds et à la CNSA en 2008 s'explique essentiellement par la partie résiduelle de la CSSS qui est attribuée au FSV qui est passée de 450 M€ en 2007 à 800 M€ en 2008. Son montant dépend à la fois de la dynamique de l'assiette et de l'évolution de la CSSS attribuée au RSI. Elle devrait encore fortement augmenter en 2009.

En revanche, les taxes assises sur les revenus du capital devraient fortement diminuer en 2009 en raison du contexte économique. C'est le cas notamment du prélèvement social de 2 % affectée au FRR qui diminuerait de près de 15 %. La part de ce prélèvement affectée au FSV s'effondre des trois quarts, le FSV ne conservant que 5 % du rendement du 2 % capital sur les 20 % qui lui étaient attribués en 2008.

**Tableau 1 – Les ITAF affectés au régime général, par type d'assiette
(hors ceux finançant les allègements généraux)**

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Impôts et taxes " hors paniers " affectés au régime général	5 316	4 992	-6,1	5 684	13,9	7 368	29,6
Taxes tabacs	3 141	3 006	-4,3	2 994	-0,4	3 751	25,3
Droit de consommation sur les tabacs	3 141	3 006	-4,3	2 994	-0,4	3 751	25,3
ITAF acquittés par des personnes morales	855	917	7,3	1 521	++	1 681	10,5
Contribution additionnelle à la CSSS	855	917	7,3	980	6,9	1 015	3,5
Contribution sur les indemnités de mise à la retraite	0	0	-	209	++	366	++
Contribution sur les préretraites	0	0	-	112	++	80	-28,5
Taxe sur les stocks options	0	0	-	220	++	220	0,0
Taxes médicaments	956	662	-30,8	757	14,4	809	6,9
Contribution à la charge des grossistes (L 138-1 CSS)	313	264	-15,5	361	36,6	354	-1,8
Contribution sur les dépenses de publicité (L 245-1 CSS)	241	171	-28,8	132	-22,9	184	39,4
Contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharma. (L 245-6 CSS)	390	213	--	249	16,9	254	1,9
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux (L 245-5-1 CSS)	13	13	-2,3	15	13,0	17	14,1
Autres ITAF	363	407	12,1	412	1,2	1 127	++
Prélèvement social de 2%	358	406	13,4	413	1,5	713	++
Forfait social	0	0	-	0	-	410	++
Autres ITAF	5	1	--	-1	--	4	++

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 – Les impôts et taxes affectés au FSV, au FRR et à la CNSA

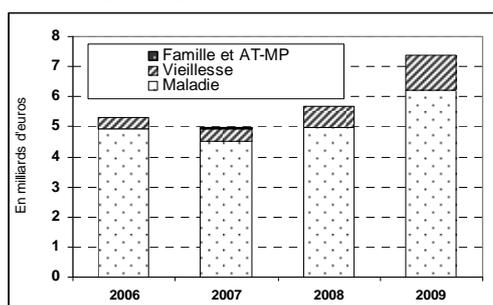
En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Impôts et taxes affectés au FSV	769	1 097	42,7	1 408	28,3	1 649	17,1
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)*	240	450	++	800	++	1 500	++
Prélèvement social de 2%	477	538	12,8	557	3,6	119	--
Contribution sur les avantages de retraite et de préretraite	52	110	++	51	--	30	-41,2
Impôts et taxes affectés au FRR	1 537	1 782	15,9	1 813	1,7	1 544	-14,8
Prélèvement social de 2%	1 537	1 782	15,9	1 813	1,7	1 544	-14,8
Impôts et taxes affectés à la CNSA	2 085	2 220	6,5	2 296	3,4	2 255	-1,8
Contribution de solidarité autonomie (rev. d'activité et de remplacement)	1 772	1 844	4,1	1 909	3,5	1 899	-0,5
Contribution de solidarité autonomie (revenus du capital)	313	376	19,9	387	3,0	356	-7,9
Ensembles des impôts et taxes affectés aux fonds	4 391	5 099	16,1	5 517	8,2	5 448	-1,3

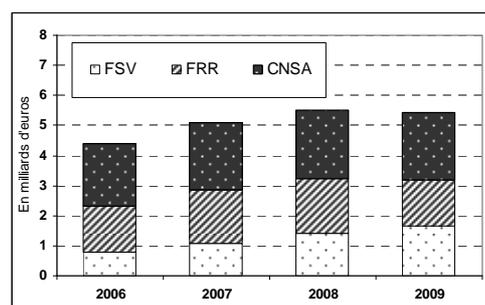
Source: DSS/SDEPF/6A

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

Graphique 1 – Les ITAF affectés au régime général, par branche



Graphique 2 – Les ITAF affectés aux fonds



THÈME 4
LES CONTRIBUTIONS PUBLIQUES

LES PRISES EN CHARGE DE COTISATIONS PAR L'ÉTAT

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

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

Stables en 2008, les cotisations prises en charge par l'État baisseraient fortement en 2009

Les cotisations prises en charges par l'État ont augmenté de 3,5 % en 2008 pour atteindre 4,0 Md€. Cette progression s'explique par le contrecoup dans les comptes d'une écriture négative de 124 M€ corrigeant une prise en charge inscrite à tort en 2006 au titre de la compensation de l'exonération sur la dotation des entreprises au chèque emploi service universel (CESU)¹. Sans cet effet comptable, les cotisations prises en charge par l'État auraient été stables en 2008. En 2009, elles diminueraient de près de 12 %.

Les exonérations à destination de certaines catégories de salariés, qui ont diminué de 4,8 % en 2008, baisseraient de près de 21 % en 2009. Cette évolution s'explique à titre principal par la suppression de l'exonération spécifique dont bénéficiaient les contrats de professionnalisation, qui ouvrent droit désormais aux allègements généraux de cotisation. Les exonérations accordées aux contrats d'apprentissage, qui représentent plus de 20 % des allègements ciblés, progressent encore en 2008 (+6,7 %), mais devraient rester stables en 2009.

La décrue des exonérations en faveur de zones géographiques amorcée en 2008 s'accélère en 2009. Cette baisse résulte tout d'abord de la fin du mouvement important de régularisations au profit des associations et organismes d'intérêt général installés dans des zones de revitalisation rurale, qui avait fortement majoré les montants d'exonération en 2007, et dans une moindre mesure en 2008. Les exonérations en faveur des entreprises situées en zones franches urbaines décroîtraient également significativement en 2009 (-11,6 %) : un nombre important d'entreprises arriveraient en effet au terme de l'exonération à taux plein.

Hors effet comptable de la mesure CESU, **les exonérations en faveur de l'emploi à domicile continuent à être très dynamiques** (+11,7 % en 2008, +9,9 % en 2009), portées par le dynamisme du secteur.

¹ Cette exonération n'est pas compensée par l'État (mesure en LFR 2007).

Tableau 1 – Cotisations prises en charge par l'État

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1 421	1 560	9,7	1 484	-4,8	1 174	-20,9
Apprentissage	764	824	7,8	879	6,7	875	-0,4
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	430	512	18,9	401	-21,7	93	--
Contrats initiative emploi	60	46	-23,8	30	-34,8	22	-26,6
Paniers repas des salariés des hotels cafés restaurants	144	157	9,2	161	2,4	166	3,0
Autres allègements	23	21	-8,6	14	-33,3	18	28,6
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	1 368	1 819	32,9	1 722	-5,4	1 540	-10,5
Loi de programme pour l'outre-mer	895	1 027	14,8	988	-3,9	1 006	1,9
Salariés en Zones Franches Urbaines	286	333	16,4	323	-3,1	285	-11,6
Créations d'emploi en ZRR	157	430	++	384	-10,8	224	-41,6
Créations d'emploi en ZRU	8	8	1,6	6	-26,2	4	-23,9
Autres allègements	23	21	-7,7	22	5,4	21	-6,5
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	322	278	-13,6	448	++	493	9,9
Abattement de 15 points pour les EPM	153	229	50,1	256	11,6	277	8,2
Extension du champ des activités exonérées	45	172	++	192	11,6	216	12,2
Abondement des entreprises au CESU	124	-124	--	0	++	0	-
Autres exonérations	203	240	18,4	380	58,2	353	-7,2
Détenus et rapatriés	69	71	2,2	74	4,4	77	4,0
Jeunes entreprises innovantes	96	107	11,0	119	10,8	117	-1,0
Droit à l'image des sportifs	35	25	-27,4	32	28,5	29	-12,2
Micro-entreprises	0	0	-	3	++	30	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	0	23	++	122	++	72	-41,2
Autres allègements	3	14	++	31	++	29	-7,3
Total des exonérations ciblées prises en charge par l'Etat	3 314	3 897	17,6	4 034	3,5	3 560	-11,8

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : les montants présentés dans ces tableaux reposent sur des données comptables. Ces données, qui intègrent des éléments estimés (les produits à recevoir), peuvent s'écarter des montants réels d'exonérations. Les évolutions mesurées sur les données comptables ne reflètent donc pas parfaitement les évolutions réelles, qui peuvent être mieux retracées par les informations de nature statistique présentées dans la fiche 6-2.

LES PRISES EN CHARGE DE PRESTATIONS PAR L'ÉTAT

La sécurité sociale assure pour le compte de l'État la gestion de plusieurs prestations sociales. Ces prestations font partie du champ de la CCSS lorsqu'elles figurent au compte de résultat des organismes de sécurité sociale. D'autres prestations sont également versées par la sécurité sociale pour le compte de l'État, mais, ne figurant pas dans les comptes de résultat des organismes de sécurité sociale, elles ne sont pas intégrées en tant que telles dans les comptes présentés à la commission. C'est le cas d'une partie des aides au logement.

En 2008, le montant total des prestations prises en charge par l'État représente près de 15 Md€. Près de la moitié de ces dépenses (soit 7 Md€) figurent au compte de résultat des organismes de sécurité sociale (notamment l'Allocation aux adultes handicapés). Les autres prestations sociales (notamment les aides au logement) dont le montant s'élève à 8 Md€ en 2008, figurent au bilan de la CNAF et sont donc en dehors du champ de la CCSS.

En 2009, le montant total des prestations prises en charge par l'État dans le champ de la CCSS diminuerait en raison de la mise en place au 1^{er} juin 2009 du revenu de solidarité active (RSA). En effet, cette prestation ne figure pas au compte de résultat de la CNAF contrairement à l'API à laquelle il se substitue. A partir de cette date seule l'API versée dans les DOM subsistera dans les comptes de la CNAF jusqu'en 2011.

Le service de ces prestations donne lieu dans certains cas au versement de frais de gestion par l'État, en particulier pour la gestion des allocations logement (voir tableau 2).

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

Les prestations sociales entrant dans le champ de la Commission des comptes

L'AAH et l'API, servies par la CNAF, représentent 6,8 Md€ en 2008, en augmentation de 3,3 % (contre 4,6 % en 2007). En 2009, l'AAH continuerait d'augmenter à un rythme soutenu (+7 %), mais le montant remboursé par l'État au titre des deux prestations (AAH et API) diminuerait de -1,2 % (à 6,7 Md€) en raison de la substitution du RSA à l'API.

L'État rembourse également au régime général l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité pour un montant de 250 M€ en 2008. Cette allocation est servie par la CNAM au titre de l'invalidité et par la CNAV à une partie de ses pensionnés.

Les prestations sociales prises en charge par l'État hors du champ de la Commission des comptes

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

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

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

(en M€)	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Prestations Famille	6 294	6 581	4,6	6 798	3,3	6 714	-1,2
AAH	5 230	5 505	5,3	5 773	4,9	6 180	7,0
API	1 064	1 075	1,1	1 024	-4,7	534	-47,9
Prestations Maladie	252	254	0,8	237	-6,7	240	1,3
FSI	252	254	0,8	237	-6,7	240	1,3
Prestations Vieillesse	12	13	8,3	14	9,9	14	1,3
FSI	12	13	8,3	14	9,9	14	1,3
TOTAL	6 558	6 848	4,4	7 049	2,9	6 968	-1,1

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

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

Prestation (bénéficiaire entre parenthèses)	Frais de gestion 2006	Frais de gestion 2007	Frais de gestion 2008
<i>FNAL</i> :			
gestion APL (CNAF)	188	120	126
gestion ALS et ALT (CNAF)	83	84	93
<i>FSI</i> :			
gestion minimum invalidité (CNAM)	4	4	4

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

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

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

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

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

	2006	2007	%	2008	%
Prestations logement	7 044	7 062	0,3	7 613	7,8
ALS + ALT	4 344	4 407	1,4	4 817	9,3
APL	2 681	2 628	-2,0	2 787	6,1
ALINE	19	28	43,4	8	-70,7
RMI (prime de Noël)	284	280	-1,4	364	29,9
Total	7 328	7 342	0,2	7 977	8,6

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

L'ALINE est l'allocation d'installation étudiante pour les étudiants boursiers bénéficiaires d'une aide au logement pour la première fois. Il s'agit d'un dispositif en extinction.

THÈME 5
LES TRANSFERTS

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'État, qu'il s'agisse des remboursements de prestations ou des prises en charge de cotisations (traités dans les fiches 4-1 et 4-2).

Les transferts internes au régime général atteignent 6,4 Md€ en 2008

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 6,4 Md€ en 2008 (contre 6,0 Md€ en 2007) soit une augmentation de 6,1 % par rapport à une année marquée par une baisse ponctuelle en raison de facteurs essentiellement comptables. En 2009, les transferts internes accéléreraient (+8,4 %) pour atteindre 6,9 Md€.

Cette progression porte pour l'essentiel, en 2008, sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF (prise en charge des cotisations des bénéficiaires de ce dispositif) : ponctuellement diminué en 2007 de 250 M€ en raison de régularisations au titre d'exercices antérieurs, il atteint en 2008 4,4 Md€. Les prises en charge des cotisations maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) par la CNAM ont également augmenté significativement par rapport à l'exercice 2007. Celui-ci avait été marqué par une baisse à la suite des régularisations opérées au titre de 2006 (portant sur des cotisations prises en charge à tort sur des dépassements d'honoraires), ainsi que par une baisse de la prise en charge des cotisations des dentistes (en contrepartie de revalorisations tarifaires). Le congé de paternité, remboursé par la CNAF à la CNAM, reste dynamique en 2008 et même au-delà de l'augmentation de la natalité (voir fiche 8-4). Enfin, la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles reste stable à 410 M€ en 2008. Elle augmentera de 300 M€ en 2009.

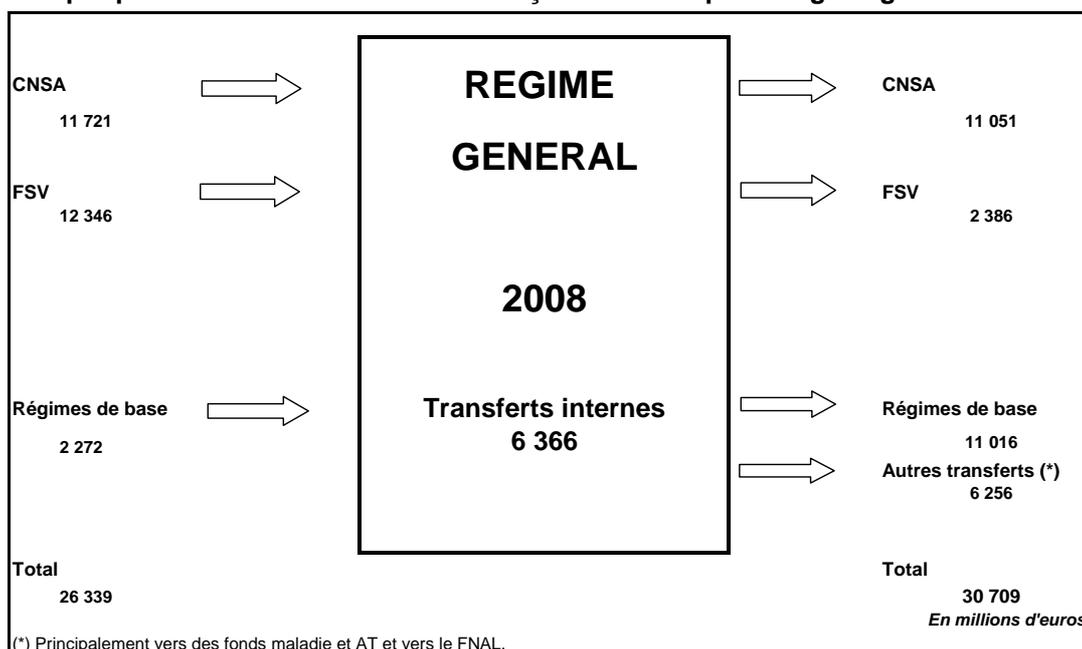
Le régime général verse davantage de transferts qu'il n'en reçoit

En 2008, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est négatif à hauteur de 4,4 Md€ (contre -4,1 Md€ en 2007). Ce déséquilibre se réduirait en 2009 à 3,6 Md€ principalement du fait de la hausse des transferts FSV (+10% soit +1,2 Md€).

Le résultat pour chacune des branches du régime général est contrasté : le solde est positif pour la CNAV (+10,8 Md€) car elle bénéficie de la prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV. En 2008, cet excédent est en augmentation de 410 M€ par rapport à 2007 en raison de l'augmentation du transfert au titre des cotisations des chômeurs et de l'effet négatif et ponctuel en 2007 de la régularisation exceptionnelle de 250 M€ en faveur de la CNAF portant sur l'AVPF qui ne se renouvelle pas.

Les autres branches versent davantage de transferts qu'elles n'en reçoivent. Le solde de ces opérations s'élève à -2,4 Md€ pour la CNAM-Maladie en 2008, contre -2,3 Md€ en 2007. Cette quasi-stabilité témoigne d'évolutions assez proches en charges et en produits : si le solde des opérations relatives aux mécanismes de compensation sur l'exercice comptable baisse de 280 M€, le dynamisme des prestations prises en charge par la CNSA augmente le transfert net reçu par la CNAM de 290 M€. Le solde des transferts de la CNAM AT reste équivalent à celui de 2007 (-2,2 Md€), les montants des transferts versés ou reçus évoluant peu pour cette branche. Enfin, la branche famille verse 10,6 Md€ de transferts nets (10,0 Md€ en 2007) du fait de ses prises en charge de cotisations (AVPF) et de prestations (majorations de pensions), et du financement du FNAL (allocations logement).

Graphique 1 – Résumé des transferts reçus et versés par le régime général en 2008



Graphique 2 – Évolution des soldes des transferts par branche

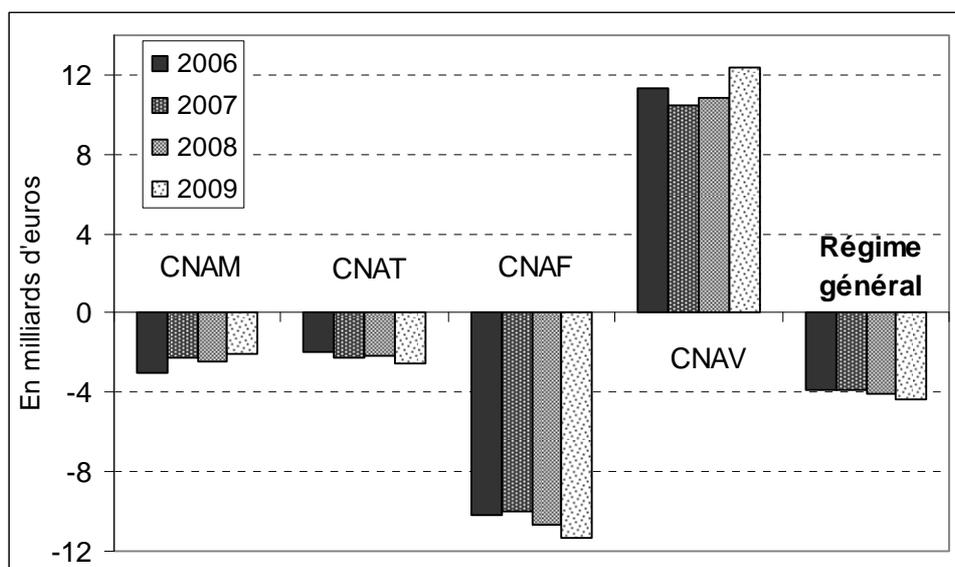


Tableau 1 – Transferts internes au régime général

	En millions d'euros						
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CNAF vers CNAV au titre de l'AVPF	4 212	4 341	-2,8	4 383	1,0	4 511	2,9
CNAF vers CNAV (Régularisations exceptionnelles AVPF)*	0	-246	-	0	-	0	-
interne CNAM au titre des cotis. Maladie des PAM	1 137	1 067	-6,1	1 109	3,9	1 186	7,0
CNAM vers CNAF au titre des cotis. Famille des médecins	231	226	-2,0	247	9,1	264	7,0
CNAF vers CNAM au titre du congé paternité	197	204	3,6	218	6,7	224	2,6
CNAM-AT vers CNAM au titre de la sous déclaration des AT	330	410	24,2	410	0,0	710	73,2
Total des transferts internes au régime général	6 107	6 003	-1,7	6 366	6,1	6 895	8,3

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

* correspondant à des régularisations au titre des exercices antérieurs.

LES TRANSFERTS REÇUS

En 2008, les transferts reçus par le régime général représentent 8 % de ses produits, soit 32,7 Md€ (31,1 Md€ en 2007). Leur augmentation significative en 2008 (+5,2 %) résulte d'évolutions diversement orientées à la hausse : dynamisme des prises en charge de prestations médico-sociales par la CNSA (+9,3 %), croissance plus modérée de la prise en charge par le FSV des cotisations retraite des chômeurs (+2,0 %) et des transferts venant des régimes de base (+0,5 % au total mais -300 M€ sur les recettes de compensation). En 2009, le montant des transferts reçus augmenterait de 10,9% pour atteindre 36,3 Md€ du fait des fortes croissances conjointes de tous ces postes.

Plus de 80 % de ces transferts, soit 26,4 Md€ en 2008, sont reçus d'organismes tiers : le FSV, la CNSA¹ 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 paie les cotisations retraite de certains assurés, principalement au titre des périodes de chômage. Ces transferts représentent 38 % des transferts reçus par le régime général en 2008. Le montant des cotisations payées au titre du chômage (7,1 Md€) est stable en 2008 après une forte baisse en 2007 (-7,9 %) liée à la baisse du chômage. La forte augmentation du chômage prévue en 2009 se traduirait par une croissance de ces prises en charge de 17 %.

Les prises en charge de prestations par le FSV ont augmenté de 4,7 % en 2008 pour atteindre 5,3 Md€, portées par le dynamisme des prestations vieillesse, en raison notamment de la prime exceptionnelle de 200 € versée aux allocataires du minimum vieillesse (voir fiche 13-1). En 2009, ce transfert augmenterait à un rythme nettement moins élevé (+1,4 %).

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) est en forte augmentation en 2008 (+9,3 %) en raison de la croissance rapide de ces prestations (voir fiche 15-1). En 2009, compte tenu des hypothèses retenues (voir fiche 14-3), ce transfert augmenterait encore davantage (+12,8 %) pour atteindre 13,2 Md€.

Les transferts en provenance des autres régimes de base liés à des mécanismes de compensation progresseraient en 2009

Ces transferts s'élèvent à 2,3 Md€ en 2008. 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 depuis 2005, 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 2009, ces transferts augmenteraient de 270 M€ essentiellement en raison des acomptes et des mécanismes de régularisation portant sur les compensations maladie².

¹ 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 est néanmoins limité à l'apport propre de la CNSA (voir fiche 5-3).

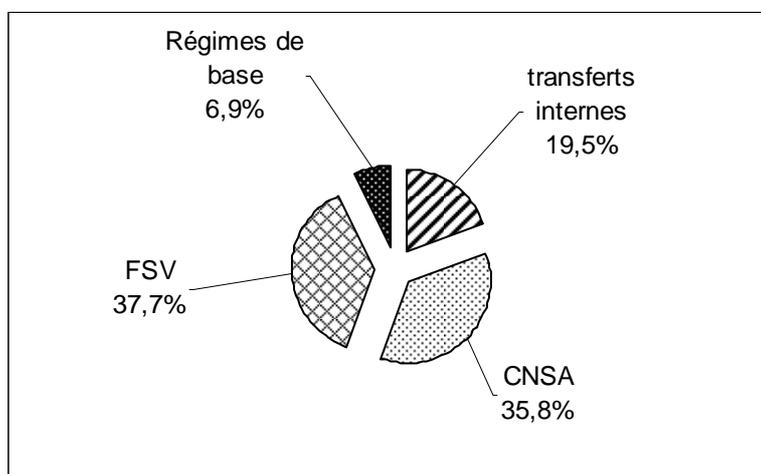
² La CNAM est, pour la première fois en 2009, bénéficiaire d'acomptes sur la compensation généralisée maladie (144 M€) tandis que le retournement de la conjoncture amène à prévoir des régularisations favorables au régime général sur la majorité des mécanismes de calculs (pour 200 M€).

Les transferts reçus par le régime général

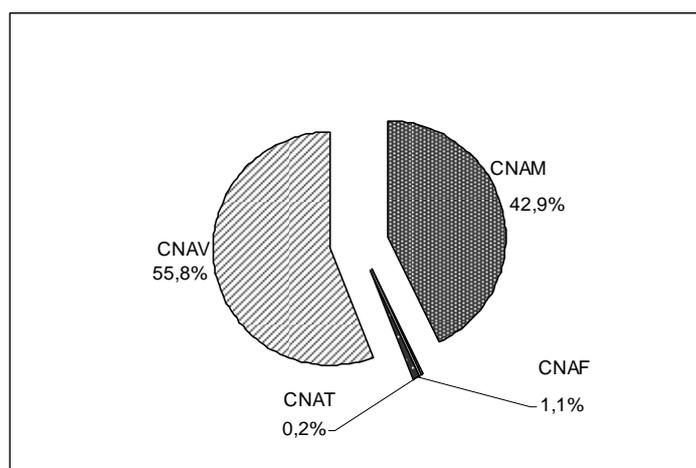
En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Transferts internes au régime général	6 107	6 003	-1,7	6 366	6,1	6 895	8,3
Transferts (hors transferts internes)	24 590	25 093	2,0	26 339	5,0	29 379	11,5
<i>Transferts venant des régimes de base</i>	<i>2 176</i>	<i>2 261</i>	<i>3,9</i>	<i>2 272</i>	<i>0,5</i>	<i>2 539</i>	<i>11,7</i>
Compensations démographiques	371	490	32,1	192	--	459	++
Intégrations financières	107	136	27,5	154	12,9	142	-7,6
Transferts liés à l'adossment des IEG	1 137	1 149	1,0	1 165	1,5	1 179	1,2
Autres transferts venant des régimes de base	561	486	-13,4	761	56,8	759	-0,3
Prise en charge de cotisations PAM par les régimes de base	230	150	-35,0	360	++	396	10,0
Autres transferts venant des régimes de base	331	336	1,5	401	19,4	363	-9,6
<i>Transferts venant du FSV</i>	<i>12 558</i>	<i>12 107</i>	<i>-3,6</i>	<i>12 346</i>	<i>2,0</i>	<i>13 621</i>	<i>10,3</i>
Prise en charge de prestations	4 872	5 031	3,3	5 266	4,7	5 341	1,4
Prise en charge de cotisations	7 687	7 076	-7,9	7 080	0,1	8 281	17,0
<i>Transferts venant de la CNSA</i>	<i>9 855</i>	<i>10 726</i>	<i>++</i>	<i>11 721</i>	<i>9,3</i>	<i>13 219</i>	<i>12,8</i>
Ensemble	30 697	31 096	1,3	32 705	5,2	36 274	10,9

Graphique 1 – Les transferts reçus par le régime général en 2008 identifiés par source



Graphique 2 – Les transferts reçus par branche du régime général en 2008



5-3

LES TRANSFERTS VERSÉS

En 2008, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 37,1 Md€ (contre 35,2 Md€ en 2007), soit plus de 10 % de l'ensemble de ses charges. Hors transferts internes au régime (6,4 Md€, voir fiche 5-1), les transferts versés par le régime général ont atteint 30,7 Md€ (contre 29,2 Md€ en 2007). Cette augmentation (+5,3 %) est soutenue par le dynamisme de la dotation ONDAM versée à la CNSA (+8,7 % en 2008 voir fiche 14-3). En 2009, les transferts versés (hors transferts internes) augmenteraient de 7,2 % soit 32,9 Md€.

Les transferts versés aux autres régimes de base progressent en 2008 et en 2009

En 2008, le régime général a effectué des transferts vers les autres régimes de base, principalement au titre de mécanismes de solidarité pour un montant de 11,0 Md€, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2007.

Cette hausse s'explique par la croissance des transferts d'équilibrage¹ (+8,9 % en 2008). En 2008, le régime général a ainsi versé près de 2,3 Md€ au titre des intégrations financières et de transferts d'équilibrage partiel. Ce poste progresserait encore plus fortement en 2009 (+18,6 %) en raison de l'intégration financière de la branche maladie des exploitants agricoles.

Les transferts de compensation démographique versés par le régime général (qui représentent 6,8 Md€, soit près de 20 % du total des transferts) ont pour leur part connu une hausse plus mesurée (+1,7 %) et devraient baisser en 2009 (-2,0 %).

Les versements de prestations de la CNAV aux industries électriques et gazières représentent 1,5 Md€ en 2008 comme en 2009.

Au final, les transferts versés aux autres régimes devraient croître de 2,8 % en 2009 (+300 M€).

La plupart des autres transferts vont vers des fonds de financement

Le principal transfert est la contribution de la CNAF au financement du FNAL (3,9 Md€ en 2008) au titre des allocations logement (APL et ALT). Ce transfert a augmenté de 9,2 % après une baisse technique en 2007. Il devrait poursuivre sa croissance en 2009 mais à un rythme plus modéré (+3,4 %). Ces fluctuations sont essentiellement dues à des régularisations liées à la part de l'aide personnelle au logement financée par la CNAF (voir fiche 13-2).

Les autres transferts sont constitués de versements à des fonds par la branche maladie (FMESPP, FIQCS, etc.) et par la branche AT-MP, notamment aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, FCAATA). Les dotations de la branche AT-MP à ces deux fonds ont représenté 1,2 Md€ en 2008 (+4,5 % par rapport à 2007) et devraient légèrement progresser en 2009 (+2,6 %).

La CNAF verse au FSV un transfert de 2,4 Md€ en 2008, pour financer une partie des majorations pour enfants prises en charge par le FSV. Ce transfert a été porté en 2007 et 2008 par l'augmentation des prestations vieillesse (voir fiche 11-2). En 2009, la majoration de la partie financée par la CNAF prévue par la LFSS 2009 (70 % au lieu de 60 %) entraînerait une forte augmentation du versement de la CNAF au FSV (+20,5 % soit +2,9 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.

¹ Le régime général assure l'équilibre des régimes qui lui sont intégrés financièrement : salariés agricoles et cultes en maladie et vieillesse, régime des militaires et des marins 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.

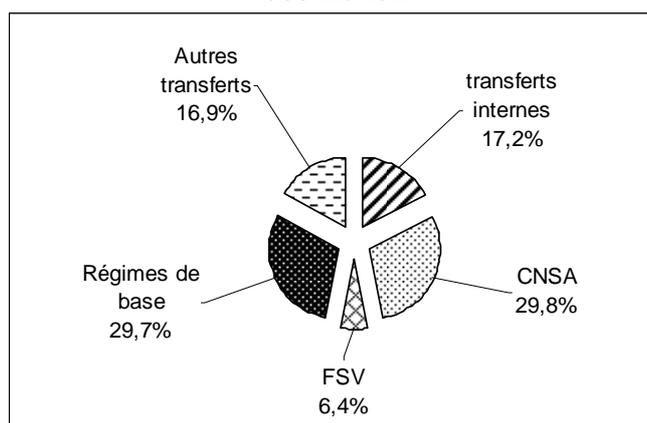
Les transferts versés par le régime général

En millions d'euros

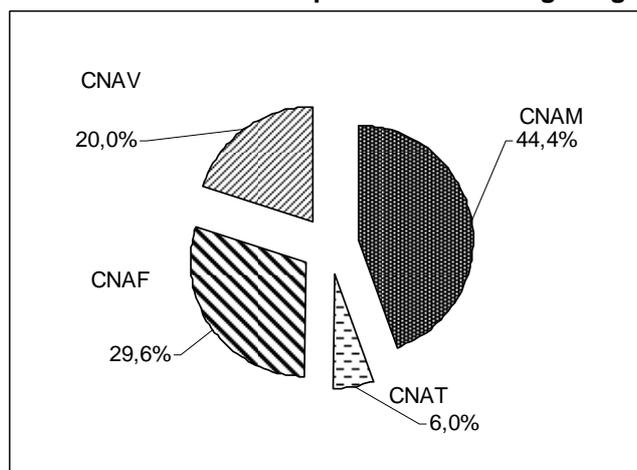
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Transferts internes au régime général	6 107	6 003	-1,7	6 366	6,1	6 895	8,3
Transferts (hors transferts internes)	28 439	29 168	2,6	30 709	5,3	32 933	7,2
Transferts vers des régimes de base	10 874	10 747	-1,2	11 016	2,5	11 322	2,8
Compensations démographiques	7 007	6 694	-4,5	6 808	1,7	6 670	-2,0
Transfert d'équilibrage (ex-Intégrations financières)	2 052	2 078	1,3	2 262	8,9	2 683	18,6
Transferts liés à l'adossement des IEG	1 404	1 445	2,9	1 477	2,2	1 500	1,6
Autres transferts vers des régimes de base	411	531	29,1	469	-11,7	470	0,1
Transfert de la CNAF vers les régimes de base	51	48	-7,0	46	-2,9	48	2,6
Autres transferts vers des régimes de base	360	483	34,3	423	-12,6	422	-0,2
Transfert de la CNAF vers le FSV	2 185	2 291	4,9	2 386	4,1	2 874	20,5
Transferts vers la CNSA	9 517	10 170	6,9	11 051	8,7	12 115	9,6
Autres transferts	5 864	5 959	1,6	6 256	5,0	6 622	5,8
Transferts vers des régimes complémentaires	326	334	2,2	336	0,6	359	7,0
Subventions et participations	5 485	5 566	1,5	5 859	5,3	6 199	5,8
Transferts vers des fonds maladie et AT	1 739	2 022	16,3	1 989	-1,7	2 198	10,5
dont la dotation FIVA-FCAATA	1 015	1 115	9,9	1 165	4,5	1 195	2,6
Dotations au FNAL	3 746	3 544	-5,4	3 870	9,2	4 001	3,4
Transferts divers	53	59	11,1	62	4,2	64	3,5
Ensemble	34 547	35 171	1,8	37 075	5,4	39 828	7,4

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

Graphique 1 – Les transferts versés par le régime général en 2008 identifiés par destination



Graphique 2 – Les transferts versés par branche du régime général en 2008



THÈME 6
ANALYSE PAR ASSIETTE

LES PRÉLÈVEMENTS SUR LES REVENUS D'ACTIVITÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL

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

Les produits sur revenus d'activité ont progressé moins vite que la masse salariale du secteur privé en 2008. Le phénomène inverse se produirait en 2009.

Dans la mesure où un peu plus des trois quarts (77 %) des recettes sur revenus d'activité proviennent du secteur privé, la croissance de la masse salariale de ce secteur est le principal déterminant des évolutions des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité¹.

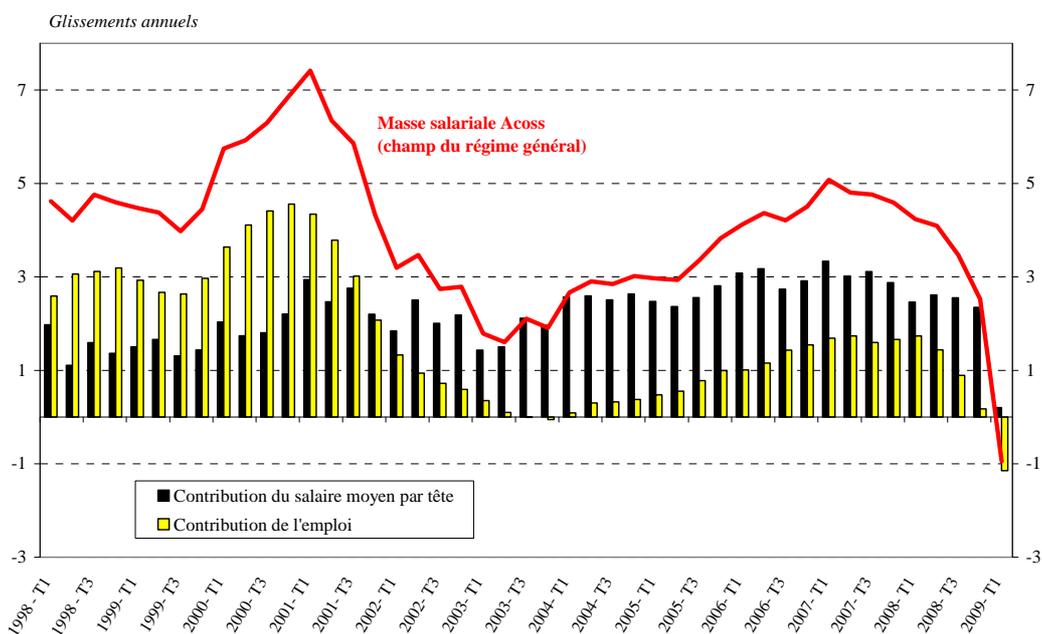
La masse salariale du secteur privé (sur le champ de recouvrement des Urssaf et à l'exclusion des particuliers employeurs et des grandes entreprises nationales) a crû de 3,6 % en 2008 (soit 1,2 point de moins qu'en 2007) et enregistrerait un recul en 2009 (-1,25 %). Cette dégradation résulte essentiellement du retournement brutal de l'emploi. La composante « emploi » de la masse salariale du secteur privé a été de +1,7 % en 2007 puis +0,8 % en 2008 et est prévue à -2,75 % en 2009. Les salaires ont été encore assez dynamiques en 2008 (2,8 %), évoluant au même rythme que l'inflation (2,8 %). En 2009, sous l'effet de la décélération marquée de l'inflation (0,4 %) la hausse du salaire moyen ralentirait autour de 1,5 %.

La forte augmentation des exonérations en 2008 a limité celle des cotisations dues par les employeurs. En revanche, en 2009, la progression des exonérations, plus faible que celle de l'assiette du secteur privé, contribue positivement à l'évolution des cotisations.

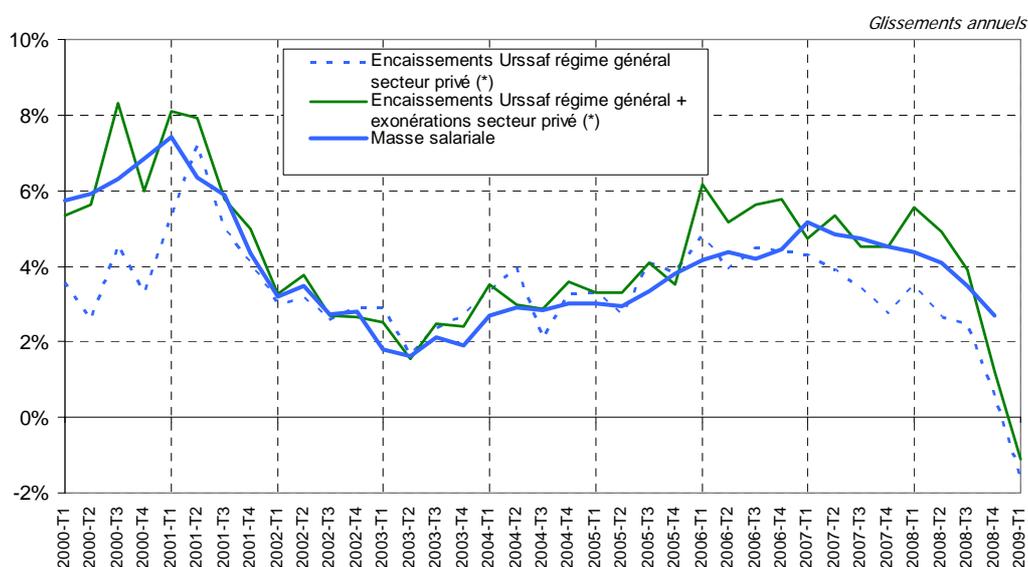
La croissance des produits de cotisations et contributions sur les revenus d'activité a été limitée à 3,0 % en 2008 (soit plus d'un demi-point de moins que l'augmentation de la masse salariale privée) et serait de -0,2 % en 2009 (soit un point de plus que l'évolution de la masse salariale privée).

À taux de cotisation et assiette de prélèvement constants, la progression de l'agrégat constitué des produits de cotisations et des exonérations s'approche de celle de la masse salariale (voir graphique 2). En revanche, la dynamique des deux termes 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.

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

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

Source : ACOSS

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

(*) décalés d'un mois, estimés sur le dernier mois

Source : ACOSS

Le graphique fait clairement apparaître, à partir du dernier trimestre 2007, la montée en charge des exonérations heures supplémentaires, qui se matérialise par un écart croissant entre la courbe en pointillés (représentant les encaissements) et la courbe en trait plein et fin (représentant l'agrégat encaissements + exonérations). L'écart entre ces mêmes courbes, sur la première partie de l'année 2007, est principalement lié à des régularisations d'exonérations générales en faveur des entreprises d'intérim. En 2006, les courbes de la masse salariale, d'une part, et des cotisations + exonérations, d'autre part, sont éloignées en raison de la hausse des taux de cotisation au 1^{er} janvier 2006.

En 2008, la montée en charge de nouvelles exonérations, notamment celles portant sur les heures supplémentaires et complémentaires, créées par la loi « travail, emploi et pouvoir d'achat » (voir fiche 6-3) freine le rythme de croissance des cotisations dues par les entreprises. À l'inverse, les produits de cotisations de la branche AT-MP accélèrent fortement en 2008 sous l'effet de la suppression progressive, à compter du 1^{er} janvier, des exonérations ciblées, compensées ou non, sur les cotisations AT-MP. Globalement, le différentiel de croissance entre exonérations et assiette du secteur privé a pesé pour 0,8 point sur la croissance de l'ensemble des produits du régime général sur les revenus d'activité en 2008. Ce sont les recettes sur les revenus d'activité de la branche retraite qui sont les plus marquées par ce phénomène, comparativement aux autres branches, car elles comprennent une part importante de cotisations salariales, fortement exonérées dans le cadre des nouveaux allègements de charges portant sur les heures supplémentaires. Les exonérations non compensées ont diminué de 9,5 %, impactant positivement l'évolution des produits du régime général par rapport à l'évolution de l'assiette du secteur privé (voir fiche 6-3). Cette diminution est en grande partie due à la baisse du nombre d'entrées dans le dispositif des contrats aidés dont bénéficie principalement le secteur public.

En 2009, la situation s'inverserait. Les exonérations progresseraient moins vite que l'assiette du secteur privé notamment en raison de la fin de la montée en charge des exonérations heures supplémentaires en 2008. Les exonérations Fillon décélèreraient plus rapidement que l'assiette (voir fiche 6-3). Pour la première fois depuis 2006, les allègements généraux ont un impact positif sur l'évolution des produits du régime général (+0,1). Les exonérations ciblées, compensées ou non¹, seraient encore en net recul (-5,9 % voir fiche 6-3) impactant positivement les produits du régime général. Ce recul est principalement dû au passage des exonérations sur les contrats de professionnalisation dans le régime commun des allègements généraux et à la poursuite de l'extinction des exonérations AT-MP.

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

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

La progression des produits de cotisations en 2008 a été minorée par des erreurs d'estimation des produits à recevoir (PAR)

S'agissant des cotisations, les PAR désignent les cotisations exigibles lors d'un exercice mais correspondant à une période d'emploi d'un exercice antérieur. En pratique, la majeure partie des sommes perçues par les Urssaf pendant le mois de janvier doit être rattachée comptablement à l'exercice précédent. Lors de la clôture des comptes, le montant des PAR ne peut être connu avec certitude ce qui peut entraîner une sur ou sous-estimation des produits de l'exercice concerné et de l'exercice suivant. Ce fut notamment le cas en 2007 où les PAR furent sous-estimés. En conséquence une partie des encaissements du début de l'année 2008 dont le fait générateur appartenait à 2007 ont été de fait rattachés (à tort) à 2007 : les produits 2007 du régime général s'en trouvèrent légèrement surestimés par rapport à la croissance de l'assiette et, à l'inverse, les produits de 2008 enregistrés dans les comptes se retrouvent minorés d'autant. Cet effet a pesé pour -0,17 point en 2008. Il jouerait, pour partie, en sens opposé en 2009 (+0,07 point).

¹ Pour l'exercice de passage de l'évolution de la masse salariale du secteur privé à l'évolution des produits sur les revenus d'activité du régime général (tableau 2), nous excluons les exonérations concernant les indemnités versées dans le cadre d'un accord GPEC, le CESU, les juges sportifs, les actions gratuites et le rachat de RTT. En effet, ces exonérations ne portent pas sur l'assiette dé plafonnée qui sert au calcul de la masse salariale du secteur privé.

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

	Poids	2006	2007	2008	2009
Secteur salarié privé (hors secteur agricole)	77%	4,3%	3,3%	2,4%	-0,6%
Secteur public	15%	4,6%	4,8%	2,5%	1,6%
Travailleurs indépendants	4%	6,8%	3,5%	12,8%	0,1%
Particuliers employeurs	1%	4,7%	12,9%	9,9%	3,6%
Grandes entreprises nationales	1%	-0,8%	1,6%	2,6%	0,6%
Autres (dont salariés agricoles)	1%	2,7%	7,7%	6,3%	-1,9%
Ensemble	100%	4,4%	3,6%	3,0%	-0,2%

Source : DSS

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

(taux de croissance en %)	2006	2007	2008	2009
croissance de la masse salariale du secteur privé	4,3	4,8	3,6	-1,25
effet hausse de taux (retraite +0,2 et AT-MP +0,1 au 01/01/06)	0,63			
effet disparition mise à la retraite d'office				
effet exonérations	-1,03	-1,35	-0,82	0,24
<i>dont exonérations compensées par dotations budgétaires</i>	-0,17	-0,34	0,06	0,20
<i>dont exonérations générales</i>	-0,74	-0,64	-0,07	0,11
<i>dont exonérations heures supplémentaires</i>	0,00	-0,31	-1,06	0,01
<i>dont exonérations non compensées</i>	-0,11	-0,06	0,25	-0,08
effet erreurs de PAR	-0,07	0,18	-0,17	0,07
effet plafond	0,06	0,01	0,04	0,24
effet différence d'assiette entre CSG et cotisations	0,06	0,00	0,04	0,03
effet répartition CSG maladie	0,03	0,02	-0,01	-0,09
effet autres catégories de cotisants	0,35	0,14	0,21	0,62
<i>dont effet secteur public yc exonérations (agents titulaires et non titulaires)</i>	0,05	0,00	-0,27	0,42
<i>dont effet artisans, commerçants et professions libérales (ISU)</i>	0,06	-0,10	0,49	-0,04
<i>dont intégration BDF</i>			0,06	
<i>dont effet professionnels et auxiliaires médicaux</i>	0,06	0,05	-0,06	0,12
autres effets (contrôles, tarification AT-MP, ...)	0,04	-0,10	0,09	-0,01
croissance des produits sur les revenus d'activité (régime général)	4,4	3,6	3,0	-0,2
masse des cotisations et contributions (en Md€)	198,1	205,3	211,5	211,1

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

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

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

Deux causes d'écart entre la CSG sur les revenus d'activité affectés à la CNAM et l'évolution de la masse salariale du secteur privé.

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

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

Selon une mesure directe de l'ACOSS sur la base des bordereaux récapitulatifs de cotisations, le différentiel entre l'assiette de CSG sur les revenus d'activité du secteur salarié privé et celle des cotisations du même secteur a été de 0,3 point. Ce différentiel s'est traduit par un impact positif sur la croissance des produits du régime général de 0,04 point par rapport à l'assiette du secteur privé.

La prévision 2009 retient l'hypothèse d'un différentiel de 0,2 point entre les assiettes de la CSG et des cotisations sur les revenus d'activité du secteur salarié privé.

Le mécanisme de répartition de la CSG maladie entre régimes contribue à la déconnexion entre la croissance de la masse salariale et l'évolution de la CSG affectée à la CNAM. Depuis 2000, les montants annuels de CSG que doit percevoir chaque régime d'assurance maladie autre que la CNAM sont établis de manière définitive au début de chaque année, la CNAM percevant le solde entre le montant comptable total de CSG recouvrée et les sommes attribuées aux autres régimes¹.

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

Cet effet a été quasi nul pour la CNAM en 2008 (-0,01 point). En revanche, la progression de la masse salariale s'infléchissant nettement en 2009, cet effet pèserait sur les produits de la CNAM pour presque -0,1 point par rapport à l'assiette du secteur privé.

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

Le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 3,4 % au 1^{er} janvier 2008, soit 0,6 point de plus que la croissance du salaire moyen. D'après l'ACOSS, ce différentiel a contribué à une augmentation de la masse salariale plafonnée supérieure de 0,2 point à celle de la masse salariale totale.

Au 1^{er} janvier 2009, le plafond a été revalorisé de 3,1 % soit 1,6 point de plus que l'hypothèse de croissance du salaire moyen désormais retenue pour 2009 (+1,5 %). En l'absence de distorsion significative de l'échelle des salaires, on s'attend à ce que la masse salariale sous plafond se contracte significativement moins vite que la masse salariale totale (-0,5 % contre -1,25 %). L'effet plafond aurait alors un impact positif de 0,24 point sur les produits du régime général par rapport à l'assiette du secteur privé. Seule la CNAV bénéficie de ce phénomène. Cela explique en partie que les produits de la CNAV évoluent plus rapidement que les produits des autres branches (à l'exclusion de la CNAM-AT – voir infra partie sur les exonérations).

¹ Elles sont calculées à partir des montants affectés lors de l'exercice précédent que l'on fait évoluer en fonction du dernier taux de croissance connu de l'assiette de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement (taux de croissance entre les exercices N-3 et N-2).

Encadré 1 – La revalorisation du plafond de la sécurité sociale

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

En 2009 le plafond de la sécurité sociale s'établit à 33 308 euros pour l'ensemble de l'année, contre 33 276 euros en 2008, soit une augmentation de 3,1 %. Il a été fixé en tenant compte de l'estimation effectuée à la rentrée 2008 du salaire moyen par tête (SMPT) pour 2008, soit +3,3 % et d'une régularisation au titre de 2007 de -0,2 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2007 (+3,1 %) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances de fin 2007 (+3,3 %).

Tableau 3 – Évolution des cotisations et contributions sur revenus d'activité pour les différentes branches du régime général.

	Poids	2006	2007	2008	2009
Maladie	48%	4,1%	3,7%	3,5%	-0,4%
AT-MP	4%	6,5%	3,5%	7,6%	0,0%
Famille	19%	4,0%	3,3%	3,9%	-0,4%
Retraites	29%	4,9%	3,8%	1,0%	0,3%
Régime général	100%	4,4%	3,6%	3,0%	-0,2%

Source : DSS

Les produits de cotisations et de la CSG sur revenus d'activité du régime général ont ralenti en 2008 (-0,6 point de croissance par rapport à 2007). Cette décélération résulte de nombreux facteurs qui ont des impacts contrastés sur les comptes :

- la progression de la masse salariale du secteur privé, en recul de 1,2 point en 2008 par rapport à 2007 (+3,6 % contre +4,8 %) ;
- la croissance des exonérations a encore pesé sur les cotisations encaissées en 2008 (-0,8 point). Cependant, cet effet est de moindre ampleur qu'en 2007 (-1,4 point) ;
- les cotisants hors secteur salarié privé ont tiré la croissance de l'ensemble des produits sur revenus d'activité en 2008 (contribution supérieure à 0,2 point à la croissance des produits). Si les produits du secteur public ont progressé moins rapidement que la masse salariale du secteur privé, les produits des travailleurs indépendants ont augmenté sensiblement plus vite. La réforme plaçant les URSSAF comme « interlocuteur social unique » (ISU) pour les travailleurs indépendants a conduit à un mouvement important de mensualisation du prélèvement des cotisations, jusque-là trimestrialisé, qui a généré en 2008 une forte hausse des produits de CSG et de cotisations d'allocations familiales

Ce dernier effet a bénéficié exclusivement aux branches maladie et famille. La branche AT-MP a, quant à elle, bénéficié de la suppression des exonérations ciblées. La CNAV n'a été impactée par aucune de ces effets positifs et a en revanche subi fortement l'impact des exonérations sur les heures supplémentaires.

En 2009, les revenus d'activité du champ du régime général seraient en baisse de -0,2 %.

- la masse salariale du secteur privé perdrait presque 5 point par rapport à 2008, s'établissant à -1,25 % ;
- les exonérations progresseraient modérément, poussant à la hausse les cotisations exigibles (+0,24 point) ;
- les produits des cotisants hors secteur salarié privé contribueraient à la croissance des produits du régime général (+0,6 point par rapport à l'assiette du secteur privé), principalement en raison du dynamisme de l'assiette du secteur public (+1,7 %) par rapport à l'assiette privée.
- l'effet plafond impacterait positivement la croissance des produits de la CNAV par rapport à l'assiette du secteur privé.

Les produits sur revenus d'activité des autres cotisants

Les produits de cotisations et contributions du secteur public (agents titulaires et non titulaires des trois fonctions publiques) ont progressé plus faiblement en 2008 qu'en 2007 (2,5 % après 4,8 % en 2007) malgré la baisse importante des exonérations dont bénéficie le secteur public (contrat d'avenir, contrats d'accompagnement dans l'emploi (fiche 6-3)). Les prévisions retiennent une progression plus modérée de 1,6 % en moyenne en 2009, recouvrant des hypothèses d'évolutions hétérogènes par catégorie (de -2 % pour les agents de l'État à +5.2 % pour les agents des collectivités territoriales, notamment en raison de transferts de personnels entre **État** et collectivités locales). Cette prévision implique un fort décalage entre les évolutions des masses salariales publiques et privées (3 points) impactant positivement (+0,42 %) les produits du régime général par rapport à l'assiette privée.

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

- de changements de périmètre comptable (changement de statut, au regard des catégories comptables, de la Poste, de certains établissements publics industriels et commerciaux, des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé, transfert d'agents de l'État vers les collectivités locales, etc.) ;
- de décalages de versements, particulièrement en fin d'année (paiements anticipés), qui compliquent l'analyse des séries infra-annuelles et le calcul des produits à recevoir lors des opérations de clôture des comptes.

Les cotisations famille et la CSG des travailleurs indépendants – environ 4 % des produits du régime général sur les revenus d'activité – ont crû de 12,8 % en 2008, soit presque quatre fois plus rapidement qu'en 2007 (+3,5 %).

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

L'évolution des produits des travailleurs indépendants sont impactés par deux principaux phénomènes.

D'une part, pour l'ensemble des travailleurs indépendants, la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) a entraîné deux effets : une forte hausse du taux de cotisants mensualisés et un changement de calendrier des cotisants trimestriels. La mensualisation s'accompagne en effet d'une hausse des produits pour le régime général¹. Les cotisants trimestriels acquittaient auparavant leurs cotisations sur les échéances de mai, août, novembre et février de l'année suivante. Leur calendrier de versement étant désormais calé sur l'année civile. En contrepartie, la régularisation de leurs cotisations au regard des revenus définitifs de 2007 a été reportée de 2008 à 2009 en cas de versement du cotisant lorsqu'elle est positive.

Selon l'ACOSS, le taux de mensualisation a progressé de 25 points sur le champ des artisans et commerçants et de 15 points sur le champ des professions libérales.

Les effets de la mensualisation et du calendrier de versement ne jouant que sur l'année 2008 (pour 12 points environ), toutes choses égales par ailleurs, l'effet ISU 2008 pèserait en sens inverse sur les produits 2009. La régularisation des cotisations appelées en 2007, qui aurait dû être faite en 2008 mais a été reportée en 2009 pour les cotisants trimestriels, jouerait positivement pour environ 6 points sur les produits 2009.

¹ On ne raisonne ici que sur les produits mais l'impact net, tant sur la sécurité sociale que sur les cotisants, est fortement amoindri par la hausse des restes à recouvrer des travailleurs indépendants retranscrite dans les comptes sous forme de charges accrues de provisions sur créances (voir fiche 6-2)

Au final, la prévision de l'assiette des artisans, commerçants et professions libérales étant de 3,6 % en 2009, les produits de cotisations et de CSG de ces cotisants décroîtraient de 2,4 % en 2009.

D'autre part, les produits des professionnels et auxiliaires médicaux non pris en charge par la sécurité sociale sont très erratiques entre 2007 et 2009. En 2007, près de 50 % des revenus conventionnels des dentistes sont sortis du champ de la prise en charge des cotisations, ce qui a mécaniquement augmenté les cotisations réelles payées par les dentistes. En 2008, les cotisations des dentistes ont fortement diminué suite à la décision du Conseil d'État de revenir sur cette disposition. Elles rebondissent en 2009, avec la baisse du taux de prise en charge (voir fiche 10-2).

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

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

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs (EPM), qui représentent environ 1 % des produits du régime général sur revenu d'activité, ont enregistré une progression de 9,9 % en 2008 (12,8 % en 2007).

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

- une natalité forte (une moyenne de 807 000 naissances par an depuis 2000 contre 762 000 entre 1994 et 1999) ;
- les effets de la prestation d'accueil du jeune enfant qui facilite le recours aux services d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile en proposant une aide financière accrue aux parents d'enfants de moins de 3 ans¹.

Ces emplois bénéficient de l'exonération dite « emplois familiaux » (non compensée) et d'un abattement de 15 points des cotisations dues par les particuliers employeurs mis en place en 2006 (compensé par l'État)². En 2008, les exonérations emplois familiaux ont reculé de 8 points en raison de la suppression de l'exonération sur les cotisations AT-MP (voir fiche 6-2). Cette baisse a contribué à l'accélération des produits des EPM.

L'hypothèse retenue pour 2009 est une croissance de l'assiette et des exonérations de +5,0 %. Elle contribuerait à l'augmentation des produits du régime général sur les revenus d'activité par rapport à la masse salariale.

Tableau 4 – Exonérations en faveur des particuliers employeurs

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Emplois familiaux (non compensé)	889	955	7,4	879	-7,9	917	4,3
Abattement de 15 points (compensé)	153	229	++	255	11,3	274	7,5
Total	1 042	1 184	13,7	1 135	-4,2	1 191	5,0

Source : ACOSS

¹ Les prises en charge de cotisations pour l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile par les CAF se matérialisent par des encaissements dans les Urssaf, les CAF se substituant aux particuliers employeurs pour le paiement de ces cotisations.

² D'autres exonérations non compensées existent pour favoriser les emplois de services aux particuliers (exonérations « aide à domicile », chèque emploi service universel) mais elles bénéficient à des entreprises ou associations salariant les aidants à domicile mis à disposition des particuliers. Leurs cotisations ne sont pas intégrées à celles des particuliers employeurs mais fondues dans celles du secteur salarié privé.

6-2

LES CREANCES SUR LES COTISANTS DES URSSAF

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

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

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

Le taux de restes à recouvrer a quasiment doublé en 2008

Ce taux passe de 0,95% en 2007 à 1,71% en 2008 (*voir tableau 1*). A l'exception du secteur public, toutes les catégories de cotisant sont touchées par cette hausse. Cependant, elle est particulièrement marquée pour le secteur des travailleurs indépendants.

En dehors du secteur public, cette hausse peut être expliquée par le retournement de la conjoncture qui a pesé sur la trésorerie des entreprises ou des particuliers employeurs impliquant des difficultés de paiement. Le phénomène est général dans le secteur privé, quel que soit le nombre de salariés de l'entreprise.

Le quasi doublement du taux de restes à recouvrer en 2008 pour l'ensemble des travailleurs indépendants (+5,2 points) doit aussi être appréciée au regard de la mise en place de « l'interlocuteur social unique » (ISU). L'importance des évolutions des systèmes d'information qui ont dû être menées pour cette réforme, dont certaines se sont avérées plus longues à aboutir que prévu, a conduit en effet à des difficultés, notamment du fait du retard des différentes procédures de recouvrement amiables et contentieux".

Les charges nettes liées aux opérations sur créances ont augmenté de 597 M€ en 2008, s'établissant à 2,15 Md€ (*voir tableau 2*)

Cette hausse se décompose en deux effets :

Une hausse des charges de 740 M€ principalement relative à la hausse des admissions en non valeur (ANV) sur l'Urssaf de Paris. En effet, suite au décret du 20 août 2008, les ANV peuvent être prononcées plus rapidement (si le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai d'un an après la date d'exigibilité de la créance, contre un délai de trois ans auparavant). Ce décret a été utilisé massivement à Paris.

Une baisse des dotations nettes aux provisions de 140 M€. Malgré la hausse des créances au titre du régime général, une reprise de provision est constatée en 2008. En effet, les créances en 2008 sont en moyenne plus jeunes qu'en 2007 et sont donc moins provisionnées. Ce rajeunissement du stock des créances en 2008 s'explique par deux phénomènes :

- les créances liées à l'exercice en cours (provisionnées à un taux plus faible que les créances plus anciennes) sont proportionnellement plus élevées en 2008 qu'en 2007 du fait de la dégradation des conditions de recouvrement.
- les admissions en non valeur (ANV) de créances plus anciennes sont en augmentation notables en 2008 (en lien avec la mise en place du nouveau décret assouplissant les règles de passage en ANV) : le poids des créances antérieures à 2008 (provisionnées à un taux plus élevé) est donc plus faible.

Au final, bien que l'effet « créance » sur les provisions (lié à la hausse des créances) soit positif, les provisions baissent en 2008 par l'effet sur la structure des créances du rajeunissement du stock, se caractérisant ainsi par une baisse du taux de provision global.

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

(sur les seules cotisations)	2004	2005	2006	2007	2008
Secteur privé	0,95%	0,87%	0,89%	0,86%	1,04%
Moins de 10 salariés	3,15%	3,10%	3,25%	3,34%	3,80%
Plus de 9 salariés	0,54%	0,46%	0,47%	0,44%	0,57%
Taxe pharmaceutique + contribution FCAATA		1,16%	0,34%	0,37%	0,12%
Secteur public	0,09%	0,11%	0,08%	0,07%	0,09%
Employeurs et travailleurs indépendants	6,08%	5,76%	5,72%	5,87%	11,10%
à échéance mensuelle	1,00%	1,35%	1,54%	1,19%	4,64%
à échéance trimestrielle	9,59%	9,16%	9,20%	10,17%	28,02%
Employeurs et personnels de maison	0,78%	0,80%	0,64%	0,66%	0,85%
Praticiens et auxiliaires médicaux	2,61%	2,92%	9,85%	7,55%	8,13%
Assurés volontaires, régime de résidence	0,77%	1,71%	3,69%	4,86%	6,33%
Divers (y compris CMU)	0,06%	0,04%	0,03%	0,04%	0,17%
TOTAL	1,04%	0,96%	0,97%	0,95%	1,71%

Source: ACOSS

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

(En M€ - sur l'ensemble des cotisations + majorations & pénalités)	2004	2005	2006	2007	2008
Produits des URSSAF (1)	178 265	185 937	196 731	204 883	211 200
Encaissements des URSSAF (2)	175 769	183 399	193 977	202 256	207 778
Charges (3)	179	195	223	213	148
Nouvelles créances de l'exercice (4) = (1) - (2) - (3)	2 317	2 343	2 531	2 414	3 274
Taux de restes à recouvrer de l'exercice comptable (5) = (4)/(1)	1,30%	1,26%	1,29%	1,18%	1,55%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 396	1 468	1 613	1 620	2 361
Dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7)	1 725	1 752	1 882	1 798	2 420
Dotations nettes aux provisions (8)	-71	-70	-117	-72	-216
Charges nettes liées aux opérations sur créances (6) + (8)	1 325	1 398	1 496	1 548	2 145

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 restes à recouvrer de l'exercice* (5) : ce taux rapporte les *créances nouvelles* (4) aux *produits* comptables (1). Il diffère du taux de restes à recouvrer du dernier exercice présenté dans le tableau 1 parce qu'il est restreint au seul régime général, qu'il intègre les majorations et pénalités et qu'il est arrêté au 31 janvier N+1 (31 décembre N dans le tableau 1) pour tenir compte des cotisations des salaires de décembre exigibles en janvier. Le taux de reste à recouvrer (net des charges), régime général + tiers, y compris les majorations et pénalités, s'établit à 1,81% en 2008 contre 1,55% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2009).
- *pertes sur créances irrécouvrables* (6) : elles regroupent les admissions en non valeur, 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) : 74% des *nouvelles créances de l'exercice* (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte de leur risque de non recouvrement.
- *dotations nettes aux provisions* (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises sur provisions inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité des créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables.
- *charges nettes* : somme des *pertes sur créances irrécouvrables* (6) et des *dotations nettes aux provisions* (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

LES DISPOSITIFS D'EXONERATION 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, financées par un transfert de recettes fiscales (panier fiscal), incluent les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (allègements « 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). Les mesures ciblées sont quant à elles compensées par dotations budgétaires ou non compensées (voir encadré 2). Après une hausse de 16,5% en 2007, le montant de l'ensemble de ces dispositifs d'exonération a crû de 10,2% en 2008 et devrait légèrement diminuer en 2009 (-3,0%).

Une progression encore forte des exonérations générales en 2008, avant une diminution attendue en 2009

Les montants associés aux dispositifs d'exonération à vocation générale ont progressé de 14,5% en 2008 (voir tableau 1), mais devraient reculer en 2009 (-2,2%).

Une progression des allègements généraux portée par des mesures nouvelles

Les sommes exonérées au titre des allègements « Fillon » ont encore progressé de 4,0% en 2008. Cette augmentation résulte principalement de mesures nouvelles entrées en vigueur au cours de l'année 2007 ou au 1^{er} janvier 2008 : incidence en année pleine du 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 (300 M€), neutralisation à compter du 1^{er} octobre 2007 des heures supplémentaires dans le calcul des allègements (670 M€), basculement des contrats de professionnalisation dans le dispositif « Fillon » (200 M€). Inversement, les régularisations liées aux heures rémunérées de toute nature ont été moins importantes en 2008 qu'en 2007. En l'absence de ces mesures, l'évolution tendancielle des allègements généraux liée à la progression de la masse salariale et de l'emploi en 2008 aurait été proche de zéro bien que la masse salariale (en augmentation de 3,6 %) joue à la hausse sur les allègements. En effet, la baisse de l'emploi salarié constatée à partir du deuxième trimestre de l'année a été concentrée dans certains secteurs employant une proportion élevée de travailleurs à bas salaires, tel l'intérim, ce qui a eu un impact négatif marqué sur les allègements « Fillon ».

En 2009, les montants exonérés au titre des allègements « Fillon » devraient reculer de 2,3%, principalement du fait de la contraction prévue de la masse salariale (-1,25%).

Le dispositif d'exonération des heures supplémentaires monte en charge en 2008

La mesure de réduction forfaitaire de cotisations patronales et d'exonération totale de cotisations salariales sur les heures supplémentaires, votée dans le cadre de la loi TEPA et entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2007, a généré en 2008 un manque à gagner de 2,8 Md€. C'est principalement la montée en charge de ce dispositif qui explique le fort dynamisme des mesures à vocation générale en 2008. Par ailleurs, la loi TEPA, en excluant les heures supplémentaires (majorées) de la formule de calcul des allègements « Fillon », a majoré le coût de ce dispositif¹. Enfin, le montant exonéré au titre des rachats RTT (voir encadré 1) a été de 73 M€ en 2008.

En 2009, la dégradation de la conjoncture économique devrait se traduire par un moindre recours aux heures supplémentaires.

¹ La référence à la rémunération mensuelle (hors heures supplémentaires et complémentaires) se substitue à la référence horaire moyenne ; un salarié qui faisait des heures supplémentaires voyait auparavant son salaire horaire moyen majoré, ce qui impliquait une moindre exonération.

**Tableau 1 – Montant des principales mesures d'exonération entre 2006 et 2009
(en millions d'euros courants)**

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Allègements généraux	18 607	20 820	11,9	21 659	4,0	21 161	-2,3
Réduction bas salaire & allègements Aubry II	-2	-1	-	0	-	0	-
Allègements Aubry I	24	2	--	0	--	0	-
Dispositif Robien	8	1	--	0	--	0	-
Allègement unique (Loi Fillon)	18 577	20 818	12,1	21 659	4,0	21 161	-2,3
Exonération des heures sup. et des rachats RTT	0	617	++	2 883	++	2 829	-1,9
Heures supplémentaires	0	617	-	2 810	++	2 829	0,7
Rachats de RTT 2007*	0	0	-	73	++	0	--
Ensemble des mesures à vocation générale	18 607	21 438	15,2	24 542	14,5	23 990	-2,2
Ensemble des mesures ciblées**	5 595	6 748	20,6	6 510	-3,5	6 123	-5,9
Total	24 202	28 185	16,5	31 051	10,2	30 114	-3,0

Source : ACOSS. Champ : régime général.

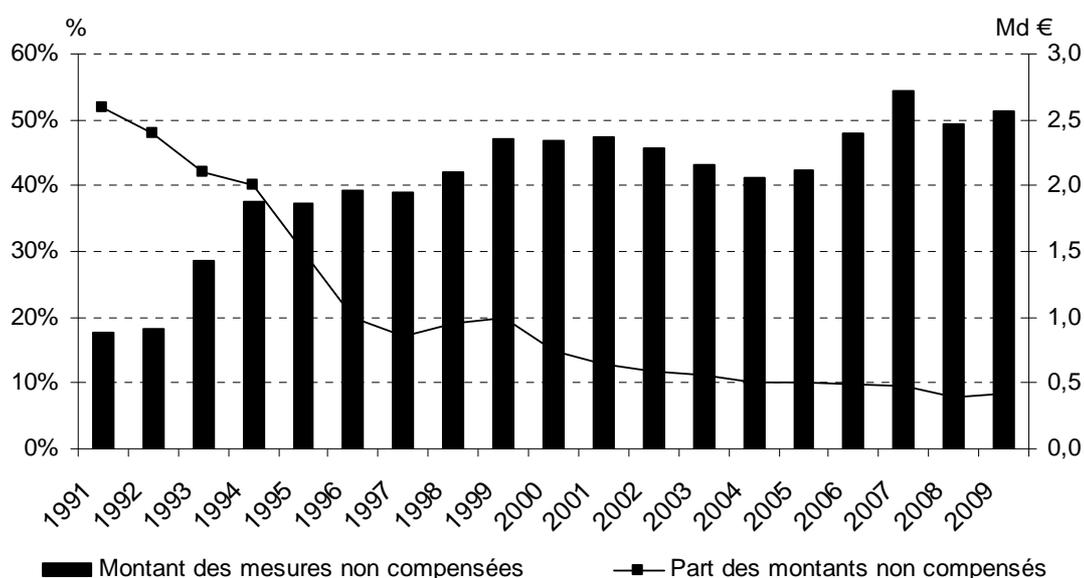
* : Les rachats de RTT au titre de 2007 qui s'imputent en 2008 ont un régime fiscal et social spécifique (voir encadré).

** : pour le détail, voir tableau 2.

Encadré 1 – Les rachats RTT

La loi n°2008-111 pour le pouvoir d'achat du 8 février 2008 autorise les salariés à convertir en rémunération les droits correspondant à des journées de réduction du temps de travail (« rachat RTT »), possibilité également ouverte aux salariés titulaires d'une convention en forfait jours. Elle permet aussi aux salariés disposant d'un compte épargne temps d'utiliser les droits affectés sur ce compte. Les demi-journées ou journées travaillées qui rentrent dans ce cadre donnent lieu à une majoration de salaire au moins égale au taux de majoration de la première heure supplémentaire applicable à l'entreprise. Le rachat des jours acquis au 31 décembre 2007 a bénéficié d'une exonération salariale et patronale totale de cotisations et contributions sociales, à l'exception de la CSG et de la CRDS (les sommes perçues sont soumises à l'impôt sur le revenu). Pour les jours acquis en 2008 et 2009, les sommes perçues au titre du rachat des RTT bénéficient du même régime social et fiscal que celui prévu par la loi TEPA pour les heures supplémentaires (exonération fiscale et sociale totale pour le salarié et déduction forfaitaire de cotisations patronales par heure rachetée). De fait, les journées rachetées sont considérées comme des heures supplémentaires, et les sommes correspondant au rachat des journées RTT en 2009 sont intégrées à la ligne « Heures supplémentaires » dans le tableau 1.

Graphique 1 – Évolution des exonérations non compensées en montant et en part



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

Leur baisse est déjà de 4,9% sur un an au premier trimestre 2009 et touche l'ensemble des grands secteurs d'activité (voir *ACOSS Stat* n° 81, mai 2009). Toutefois, l'intégration des rachats de RTT réalisés depuis le 1^{er} janvier 2008 dans le dispositif des heures supplémentaires aurait pour effet de maintenir à un niveau constant le volume d'exonération. Tous dispositifs confondus (heures supplémentaires, rachats de RTT), le montant de ces exonérations devrait reculer de 1,9%.

Une baisse des exonérations, en 2008 et en 2009, pour les mesures ciblées

Le montant des exonérations ciblées s'est élevé à 6,5 Md€ en 2008 (21% du montant total des exonérations), en baisse de 3,5% par rapport à 2007. Cette diminution devrait s'accroître en 2009 (-5,9%).

Les mesures en faveur de publics particuliers

En 2008, le coût des mesures en faveur de publics particuliers a fortement décliné (-13,1%). On constate tout d'abord une nette diminution des sommes exonérées au titre des contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) et, dans une moindre mesure, des contrats d'avenir (respectivement -34,9% et -5,1%) traduisant la baisse observée des entrées dans ces dispositifs : selon la DARES, celles-ci auraient diminué en 2008, respectivement, de 32,0% et de 6,3%. Ensuite, les exonérations accordées au titre des contrats de professionnalisation sont en forte baisse (-21,9%) du fait de la suppression de l'exonération spécifique qui leur était attachée (une part importante de ces contrats bénéficient désormais des allègements généraux). Enfin, les sommes exonérées au titre des contrats d'apprentissage progressent à un rythme de +6,7%.

En 2009, le montant des exonérations en faveur de publics particuliers devrait continuer à baisser (-14,1%) pour les mêmes raisons : basculement des contrats de professionnalisation vers les allègements généraux, baisse du nombre d'entrées dans les dispositifs CAE et CA, et léger recul des exonérations accordées au titre des contrats d'apprentissage.

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

Les sommes exonérées au titre de ces dispositifs ont décliné en 2008 (-5,1%). L'extension en 2005 du dispositif d'exonération au titre des zones de revitalisation rurale (ZRR) aux associations et organismes d'intérêt général (OIG) avait entraîné une augmentation des sommes exonérées. En 2007, d'importantes régularisations, au titre des exercices antérieurs, expliquaient le dynamisme de la mesure. Ces régularisations se sont poursuivies en 2008, mais à un rythme plus modéré, ce qui explique la baisse des montants exonérés au titre des ZRR de 10,4%. Par ailleurs, les exonérations accordées au titre des zones franches urbaines (ZFU) décroissent du fait de la fin de l'exonération à taux plein pour un nombre important d'entreprises en 2008 et de l'exclusion des cotisations AT/MP du dispositif d'exonération. Enfin, cette même exclusion dans le cadre de la loi de programme pour l'outre-mer (LOPOM) se traduit également par une baisse des exonérations (-3,8%).

En 2009, les montants associés à ces mesures verraient leur baisse s'accroître (-10,8%), en raison de la fin des régularisations accordées au titre des exercices antérieurs pour le dispositif ZRR. Les exonérations accordées dans le cadre de la LOPOM connaîtraient une légère hausse (+1,8%).

Les mesures en faveur de l'emploi à domicile

En 2008, les exonérations en faveur de l'emploi à domicile ont vu leur progression fortement ralentir (+1,3%) après une augmentation de 21,3% en 2007. Cette évolution est principalement imputable à la baisse des montants exonérés au titre de la mesure « emplois familiaux » (-7,9%) en raison de la suppression de l'exonération de cotisations AT/MP et du ralentissement de la croissance des autres mesures (notamment « aide à domicile »).

En 2009, le montant des exonérations en faveur de l'emploi à domicile devrait croître plus fortement (+7,6%), poursuivant le dynamisme observé depuis l'entrée en vigueur du chèque emploi service universel (CESU). Il est à noter que cette catégorie de mesure est celle qui a le plus progressé depuis 2006 (+11% en moyenne par an).

**Tableau 2 – Montant des principales mesures d'exonération ciblées entre 2006 et 2009
(en millions d'euros courants, champ régime général)**

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés							
Mesures compensées	1 429	1 562	9,3	1 490	-4,7	1 174	-21,2
Apprentissage	770	827	7,4	882	6,7	875	-0,7
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	430	513	19,1	401	-21,9	93	--
Contrats initiative emploi	60	46	-24,4	31	-32,7	22	-28,9
Paniers repas des salariés des hôtels cafés restaurants	144	158	9,4	160	1,8	166	3,5
Autres allègements	24	20	-20,1	16	-18,0	17	7,9
Mesures non compensées	964	1 114	15,6	835	-25,1	823	-1,4
CES et CEC	175	55	--	8	--	4	-49,3
Contrats d'accompagnement dans l'emploi	516	632	22,6	412	-34,9	376	-8,7
Contrats d'avenir	151	306	++	290	-5,1	263	-9,6
Contrat de reclassement et de transition professionnelle	40	40	-0,5	42	4,4	90	++
Associations intermédiaires	76	79	3,3	79	0,1	87	10,4
Autres allègements	7	3	-49,6	5	++	4	-27,4
Ensemble	2 393	2 677	11,9	2 325	-13,1	1 997	-14,1
Allègements en faveur de certaines zones géographiques							
Mesures compensées	1 363	1 818	33,4	1 726	-5,1	1 540	-10,8
Loi de programme pour l'outre-mer	889	1 027	15,5	988	-3,8	1 006	1,8
Salariés en Zones Franches Urbaines	287	334	16,2	324	-3,0	285	-11,9
Créations d'emploi en ZRR	157	430	++	385	-10,4	224	-41,9
Créations d'emploi en ZRU	8	8	-1,1	6	-18,2	4	-30,5
Autres allègements	22	20	-10,0	23	13,8	21	-7,8
Mesures non compensées	1	1	11,7	1	6,6	1	-8,8
Salariés en Zones Franches Urbaines	1	1	11,7	1	6,6	1	-8,8
Ensemble	1 364	1 820	33,4	1 727	-5,1	1 541	-10,8
Allègements en faveur de l'emploi à domicile							
Mesures compensées	198	401	++	448	11,6	493	9,9
Abattement de 15 points pour les EPM	153	229	49,9	255	11,4	275	7,8
Extension du champ des activités exonérées	45	172	++	193	12,0	217	12,7
Mesures non compensées	1 423	1 565	10,0	1 543	-1,4	1 649	6,9
Emplois familiaux	885	955	7,9	879	-7,9	917	4,3
Aide à domicile	519	571	10,2	587	2,8	648	10,4
CESU : exonération abondement entreprise	19	39	++	76	++	84	10,4
Ensemble	1 621	1 966	21,3	1 991	1,3	2 142	7,6
Autres exonérations							
Mesures compensées	202	242	19,6	382	++	353	-7,4
Détenus et rapatriés	69	71	2,2	74	4,4	77	4,0
Jeunes entreprises innovantes	96	107	11,5	116	8,6	117	0,9
Droit à l'image des sportifs	35	26	-26,8	33	27,9	29	-12,9
Micro-entreprises	0	0	-	3	++	30	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	0	23	++	123	++	72	-41,8
Autres allègements	2	15	++	33	++	29	-11,6
Mesures non compensées	15	44	++	85	++	90	5,2
Exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	0	30	++	33	11,3	34	2,0
Exonération de cotisations pour l'attribution gratuite d'actions	0	0	-	36	++	40	9,6
ACCRE	15	14	-4,2	16	14,6	17	2,0
Ensemble	217	286	31,6	467	++	443	-5,1
Total des exonérations ciblées	5 595	6 748	20,6	6 510	-3,5	6 123	-5,9
<i>dont mesures compensées</i>	<i>3 193</i>	<i>4 024</i>	<i>26,0</i>	<i>4 045</i>	<i>0,5</i>	<i>3 560</i>	<i>-12,0</i>
<i>dont mesures non compensées</i>	<i>2 402</i>	<i>2 724</i>	<i>13,4</i>	<i>2 464</i>	<i>-9,5</i>	<i>2 563</i>	<i>4,0</i>

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

Encadré 2 – Evolution des mesures non compensées

En 2008, dans un environnement marqué par la diminution des exonérations ciblées de 3,5% (voir supra), les mesures non compensées diminuent de 9,5%. Cette forte baisse est principalement imputable aux dispositifs non compensés en faveur de certaines catégories de salariés, et plus particulièrement à la baisse du nombre d'entrées dans les dispositifs des contrats aidés (CAE et CA). La part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations passe de ce fait en 2008 à 8% environ, contre 10% les années précédentes (voir graphique 1).

En 2009, le montant des exonérations non compensées repartirait à la hausse (+4,0%). Si la baisse des exonérations accordées au titre des contrats aidés devrait se poursuivre, les allègements non compensés en faveur de l'emploi à domicile seraient à nouveau en augmentation (+6,9%). Dans un contexte de baisse du montant des allègements compensés, la part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations augmenterait en 2009 (8,5%).

LES TAXES SUR LE TABAC ET L'ALCOOL

Le produit des taxes sur le tabac progresse modérément en 2008 et 2009

Le produit des droits de consommation sur les tabacs est passé de 9,49 Md€ en 2007 à 9,59 Md€ en 2008 en droits constatés¹ (voir tableau 1). Cette progression du rendement d'environ 100 M€ par rapport à 2007 (soit une hausse de 1%) s'explique par les éléments suivants :

- des hausses de prix (voir graphique 1) intervenues à l'été 2007 (+6% sur les cigarettes et +10% sur les tabacs à rouler) puis à l'été 2008 (+9% uniquement sur les tabacs à rouler), qui majorent la recette d'environ 280 M€ ;
- une baisse de la consommation de tabac (environ 2%), à la suite de l'extension aux cafés et restaurants du décret portant interdiction de fumer dans les lieux publics et des effets liés à la hausse des prix. L'incidence de cette baisse de la consommation est estimée à -180 M€ sur le montant des droits.

En 2009, le rendement devrait rester quasiment stable (hausse de 0,4% en droits constatés) et atteindre 9,6 Md€. Ce montant repose sur la prévision d'une stabilité des volumes de cigarettes et de tabac à rouler mis en circulation.

Les droits indirects sur les boissons alcooliques progressent légèrement en 2008 et 2009

Les boissons alcooliques sont soumises à des droits indirects (accises), encadrés par le droit communautaire, qui diffèrent selon la catégorie de boisson. Une cotisation sur les boissons alcooliques s'applique en outre aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à 25 degrés.

En l'absence de changement législatif et d'évolution majeure en termes de consommation par rapport aux tendances passées, le rendement total de ces prélèvements est resté stable en 2008 (3,03 Md€ après 3,02 Md€ en 2007, voir tableau 2).

Le rendement en 2009 devrait en revanche progresser sensiblement (croissance de 4,5% par rapport à 2008). La consommation d'alcools forts (dont les droits représentent 66% du rendement total des droits de consommation sur les boissons, voir graphique 2) continue d'augmenter en 2008. La progression du rendement s'explique également par un effet prix lié à des mesures nouvelles. Il s'agit d'une part de l'indexation des tarifs sur l'inflation de N-2, et d'autre part d'une revalorisation exceptionnelle de 23% de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés.

¹ Sauf mention contraire, les données présentées ici font référence aux droits constatés et/ou aux encaissements tels qu'ils sont calculés par les services de recouvrement 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.

Tableau 1 – Rendement total des droits de consommation sur les tabacs et montants affectés à la CNAM et au panier de recettes fiscales

	en encaissements			en droits constatés			en droits constatés 2009 P
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
droits de consommation sur les tabacs	9 437	9 379	9 550	9 542	9 491	9 587	9 625
évolution des droits de consommation	-3,7%	-0,6%	1,8%	-4,5%	-0,5%	1,0%	0,4%
dont part versée à la CNAM	3 063	2 814	2 908	3 126	2 862	2 994	3 735
dont panier fiscal Allègements généraux		808	982	29	879	1 294	3 653

Source : DSS/SD6C

Note : le rendement total des droits de consommation fait référence aux services de recouvrement de l'État, tandis que les données relatives à la CNAM et au panier fiscal sont celles qui figurent dans les comptes des organismes de sécurité sociale. Compte tenu de la modification des clés de répartition, définie en LFI ou en LFSS en encaissement-décaissement mais qui joue sur les montants enregistrés en droits constatés par le biais des PAR, les données en droits constatés relatives à chaque attributaire ne sont pas homogènes, et ne sont donc pas présentées ici (sauf pour la CNAM et le panier fiscal).

Tableau 2 – Rendement total des prélèvements sociaux sur les boissons

	en encaissements			en droits constatés			en droits constatés 2009 P
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les bières et les vins	2 588	2 604	2 600	-	2 605	2 610	2 654
<i>droit de consommation sur les alcools</i>	1 954	1 988	2 003	-	-	2 035	2 076
<i>droit de consommation sur les produits intermédiaires</i>	119	113	107	-	-	103	99
<i>droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels</i>	119	118	114	-	-	108	108
<i>droit sur les bières et les boissons non alcoolisées</i>	396	385	376	-	-	364	371
cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25°	405	413	416	-	419	422	514
Total	2 993	3 017	3 017	-	3 024	3 032	3 168
Évolution	3,5%	0,8%	0,0%	-	-	0,3%	4,5%

Source : DSS/SD6C

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

	2007		2008		2009 (LFI et LFSS 2009)	
	Attributaire	%	Attributaire	%	Attributaire	%
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	Panier fiscal Allègements généraux (AG)	100%	Panier fiscal Allègements généraux (AG)	100%	CCMSA maladie	65,60%
CCMSA vieillesse					34,40%	
CCMSA maladie					100%	
CCMSA vieillesse					100%	
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	FCMuc	100%	FCMuc	100%	CCMSA maladie	100%
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées					CCMSA maladie	100%
Droits de consommation sur les alcools						
Cotisation perçue sur les boissons alcooliques						
Droit de consommation sur les tabacs (art. 575 du CGI)	OSS	98,79%	OSS	98,75%	OSS	98,75%
	CNAMTS	30,00%	CNAMTS	30,00%	CNAMTS	38,81%
	FFIPSA	52,36%	FFIPSA	52,36%	CCMSA maladie	18,68%
	FCMuc	4,34%	FCMuc	4,34%	CCMSA vieillesse RCO	1,52%
	Panier fiscal AG	8,61%	Panier fiscal AG	10,26%	Panier fiscal AG	37,95%
	FCAATA	0,31%	FCAATA	0,31%	FCAATA	0,31%
	FNAL	1,48%	FNAL	1,48%	FNAL	1,48%
	Frais financiers	1,69%				
<i>Etat</i>	<i>1,21%</i>	<i>Etat</i>	<i>1,25%</i>	<i>Etat</i>	<i>1,25%</i>	

Source : DSS/SD6C

Notes : les fractions désormais attribuées à la CCMSA le sont au titre des non salariés agricoles uniquement. Le panier fiscal est constitué de diverses recettes fiscales destinées à compenser le manque à gagner induit par les dispositifs d'allègements généraux (AG). Les frais financiers mentionnés en 2007 correspondaient aux frais engendrés par la dette de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale.

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

Depuis la loi de finances rectificative pour 2007, la quasi-totalité des droits de consommation sur les tabacs (98,75%) est affectée aux organismes de sécurité sociale, tandis que les droits de consommation sur les boissons leur sont intégralement reversés depuis plusieurs années. La répartition interne de ces droits a toutefois été modifiée en 2009 (*voir* tableau 3).

Tout d'abord, la suppression à compter du 1^{er} janvier 2009 du FFIPSA¹ a rendu nécessaire une réaffectation des droits de consommation sur les tabacs (52,36%) qui lui étaient jusque-là attribués. Pour tenir compte des besoins de financement de la CCMSA, qui ne perçoit plus de recettes en provenance du FFIPSA, trois recettes lui ont été affectées :

- les droits de consommation sur les boissons, qui étaient jusque-là affectés au panier fiscal finançant les allègements généraux, sont désormais attribués dans leur intégralité aux branches maladie et vieillesse des non-salariés agricoles ;
- le produit de la cotisation perçue sur les boissons alcooliques, qui était auparavant affecté au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (FCMUc), est transféré à la branche maladie de la CCMSA ;
- pour compléter cette recette, une partie des droits de consommation sur les tabacs qui était auparavant affectée au FFIPSA est également transférée à la CCMSA (18,68% pour la branche maladie et 1,52% pour la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles).

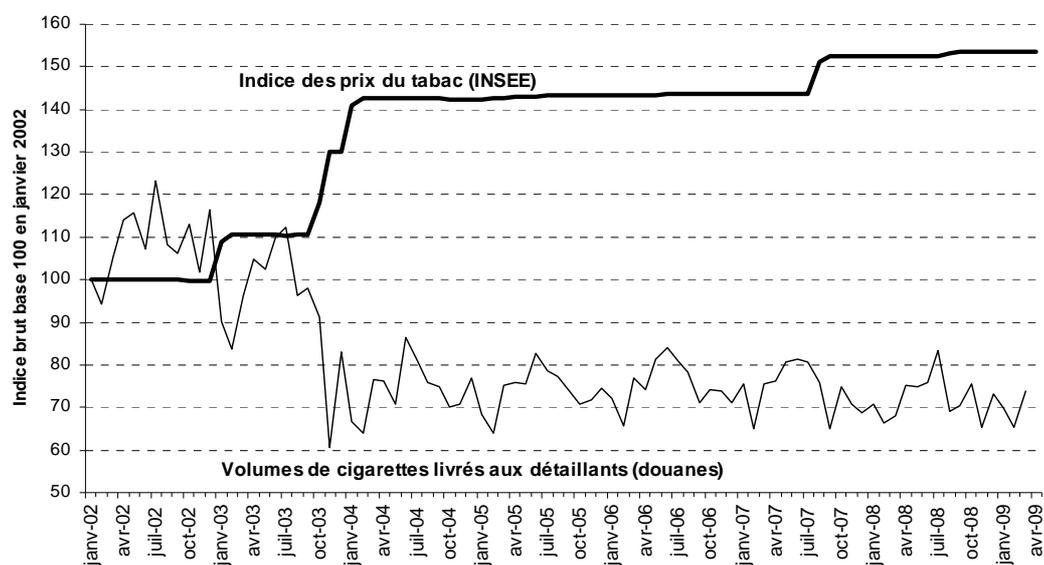
D'un autre côté, une partie importante (27,69%) des droits de consommation sur les tabacs qui étaient auparavant affectés au FFIPSA est désormais transférée au panier fiscal destiné à financer les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires, qui ne reçoit désormais plus de droits de consommation sur les boissons.

Par ailleurs, en raison de l'augmentation du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires (qui est passé de 2,5% à 5,9%) et à l'affectation de cette ressource au FCMUc, il était initialement (PLFSS) prévu que les recettes propres du fonds CMU (part des droits de consommation sur les tabacs et cotisation sur les alcools forts) soient désormais affectées à la CNAMTS pour tenir compte de l'impact de la consommation de ces produits sur la santé. L'article 55 de la LFI 2009 met donc fin à l'attribution de 4,34% des droits de consommation sur le tabac au FCMUc et transfère cette fraction à la CNAMTS. En revanche, le produit de la cotisation sur les boissons alcoolisées de plus de 25 degrés est lui finalement transféré à la branche maladie des exploitants agricoles. Pour compenser le manque à gagner pour la CNAMTS, une partie supplémentaire des droits tabacs auparavant affectés au FFIPSA (4,47%) est donc transféré à la CNAMTS (au final, la part des droits sur les tabacs affectée à la CNAM passe ainsi de 30% en 2008 à 38,81% en 2009).

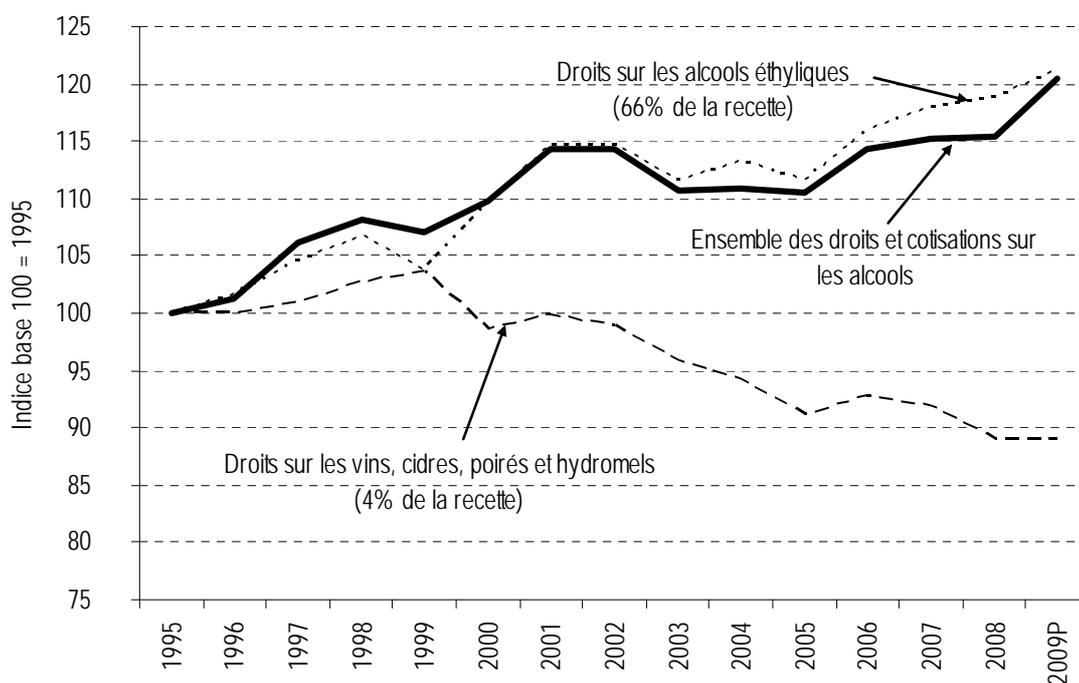
De ce fait, les droits de consommation sur les tabacs affectés à la CNAM passeraient de 3 Md€ en 2008 à 3,7 Md€ en 2009, et ceux affectés au panier fiscal, de 1,3 Md€ à 3,7 Md€.

¹ Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) connaissait depuis plusieurs années d'importantes difficultés financières (dette de 7,5 Md€ au 31 décembre 2008). Ces difficultés ont incité le gouvernement à rechercher les moyens d'un retour à l'équilibre. En matière de gouvernance, la LFSS 2009 (art. 16) procède à l'intégration financière de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles au régime général d'assurance maladie, et à la suppression du FFIPSA au profit d'une gestion financière directe par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). En termes financiers, le PLF 2009 (art. 27) a prévu un transfert de la dette du FFIPSA vers l'Etat (réalisé fin 2008), ainsi que l'affectation de la taxe sur les véhicules de société (auparavant affectée au financement des allègements de cotisations sur les heures supplémentaires) pour garantir la neutralité de l'intégration de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles au régime général.

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



Graphique 2 – Évolution des droits sur les alcools (en encaissements-décaissements)



Source : DGDDI

LES PRÉLÈVEMENTS SUR LES REVENUS DU PATRIMOINE ET DE PLACEMENT

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

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

Les prélèvements sociaux dits sur « **revenus de placement** » sont ceux versés directement par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est composée des produits de placement entrant dans le champ du prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires ...), 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, des gains sur les droits reçus au titre de la participation, produits des plans d'épargne entreprise et des plans d'épargne pour la retraite collectif, et d'autres revenus (placements en valeurs mobilières effectués en vue d'un engagement d'épargne à long terme, « capital risque »).

Les prélèvements sociaux dits 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). Le rôle 33, homologué par les services fiscaux à l'automne de l'année N, donne lieu à versement aux régimes sociaux la même année. Le rôle 48 est aussi homologué l'année « N » mais il donne lieu à versement aux régimes l'année « N+1 » et à une comptabilisation sur l'exercice N. L'assiette est composée des revenus fonciers et revenus de locations meublées non professionnelles, des dividendes (jusqu'au 31 décembre 2007), des plus-values financières, des rentes viagères constituées à titre onéreux (« viagers », rentes aux victimes d'un accident...) et d'autres revenus qui n'ont pas donné lieu préalablement à la CSG.

Les prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social de 2% et contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3% affectée à la CNSA¹) ont progressé de 3,5% en 2008 par rapport à 2007, pour s'élever à 15,3 Md€ en 2008 (voir tableau 1), dont 11,3 Md€ de CSG. En 2009, le rendement total de ces prélèvements (hors taxe de 1,1% pour le financement du RSA) se réduirait à 13,1 Md€, soit une baisse de 14,3%. Cette chute est en grande partie imputable au contrecoup des mesures ayant conduit à anticiper le prélèvement de certaines contributions, perçues en 2008 plutôt qu'en 2009.

La chute des cours boursiers affecte une partie des prélèvements sur les revenus du capital en 2008 et 2009. Les revenus du patrimoine, et notamment les plus-values mobilières (30% de l'assiette des revenus du patrimoine) y sont les plus sensibles. En revanche, les revenus sur les produits de placement, qui proviennent principalement de produits obligataires dépendant des taux longs, sont peu touchés par la conjoncture boursière.

Les 15,3 Md€ de recettes perçues en 2008 ont été prélevés pour moitié sur les revenus du patrimoine, et pour moitié sur les produits de placement. Le partage entre l'assiette des revenus de placement (prélevée à la source) et celle des revenus du patrimoine (prélevée par voie de rôle) s'est modifié au fil du temps au profit de la première catégorie, principalement en raison de modifications successives du mode de prélèvement : la part des recettes sur les revenus du patrimoine (plus de 60% de la recette totale en 2001) a diminué régulièrement jusqu'en 2008, et devrait continuer à baisser en 2009 (45%). Les régimes maladie bénéficient toujours de plus de la moitié de la recette (54% en 2008 et 2009, voir tableau 2).

¹ Depuis le 1^{er} janvier 2009, une taxe additionnelle de 1,1% vient s'ajouter au prélèvement existant de 11% sur les revenus du capital, afin de financer le revenu de solidarité active (RSA). L'analyse menée ici repose sur les données de compte qui ne retracent pas les recettes du fonds national des solidarités actives (FNSA), chargé de financer le RSA.

Tableau 1 – Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital depuis 2005

	en milliards d'euros (droits constatés)					variations en %			
	2005	2006	2007	2008	2009P	2006	2007	2008	2009P
total capital	10,6	13,1	14,7	15,3	13,1	23,3%	12,6%	3,6%	-14,3%
dont total patrimoine	6,2	6,1	7,6	7,9	5,9	-2,1%	24,7%	4,0%	-24,5%
dont total placement	4,4	7,0	7,2	7,4	7,1	59,0%	2,1%	3,1%	-3,5%

source : comptes CCSS + CNSA

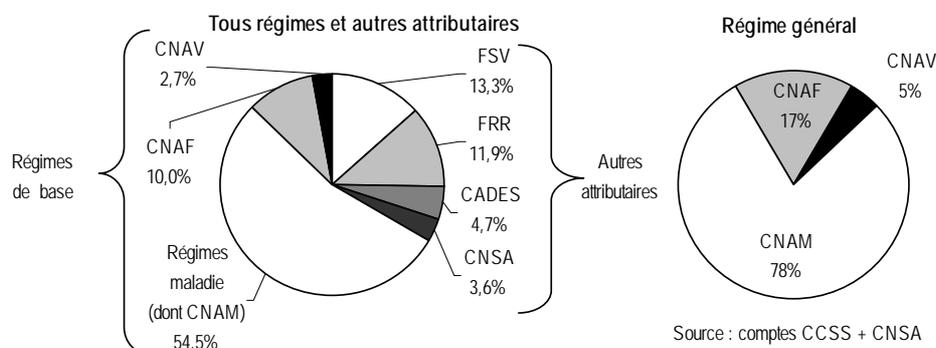
Tableau 2 – Structure par attributaire des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

affectataires	prélèvement affecté (CSG, CRDS, 2% ou contribution additionnelle de 0,3 point)	2006	2007	2008	2009P	Structure 2007	Structure 2008	Structure 2009P
Régimes maladie	5,95 points de CSG depuis 2005 (*), sauf en 2007 (5,99%)	7 091	8 040	8 210	7 066	54,6%	53,8%	54,1%
dont CNAM		6 217	7 065	7 221	6 166	48,0%	47,3%	47,2%
dont autres régimes		874	976	989	900	6,6%	6,5%	6,9%
CNAF	1,1 point de CSG	1 320	1 461	1 525	1 306	9,9%	10,0%	10,0%
CNAV	15% du prélèvement social de 2% jusqu'en 2008, 30% à compter de 2009	358	406	413	713	2,8%	2,7%	5,5%
Sous total		8 770	9 907	10 147	9 085	67%	67%	70%
FRR	65% du prélèvement social de 2%	1 537	1 782	1 813	1 544	12%	12%	12%
CNSA	0,1 point de CSG à compter de 2005	128	135	140	119	1%	1%	1%
	contribution de 0,3 point à compter du 1er juillet 2004	313	376	404	356	3%	3%	3%
CADES	0,2 point de CSG à compter de 2009	-	-	-	238	-	-	2%
	0,5 point de CRDS	599	595	724	594	4%	5%	5%
FSV	1,05 point de CSG jusqu'en 2008, 0,85 point à compter de 2009	1 254	1 390	1 467	1 009	9%	10%	8%
	20% du prélèvement social de 2% jusqu'en 2008, 5% à compter de 2009	477	538	557	119	4%	4%	1%
Total général		13 077	14 722	15 251	13 063	100%	100%	100%

Source : comptes CCSS + CNSA

(*) 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 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 identiques. Cette différence provient de décalages comptables, liés au mode de recouvrement spécifique de la CADES, qui ne bénéficie pas de la procédure des acomptes.

Graphique 1 – Répartition de la recette sur les revenus du capital en 2008

Les prélèvements sur les revenus du capital ont encore progressé en 2008

Après trois années de croissance à deux chiffres, la progression du rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (3,6% en droits constatés) a ralenti légèrement en 2008 (voir tableau 1). Cette augmentation résulte pour partie d'une évolution des prélèvements à législation constante estimée à 2%, et pour partie de l'impact de mesures nouvelles (1,6%), notamment des effets de l'élargissement du prélèvement à la source aux dividendes (voir encadré 2). En effet, les prélèvements sociaux sur les dividendes ont exceptionnellement été perçus deux fois en 2008 : une première fois au titre des revenus du patrimoine de 2007, assujettis en N+1, et une seconde fois au titre des revenus de placement 2008, assujettis à la source.

Les prélèvements sur les revenus du patrimoine ont progressé de 4% en 2008. Le contrecoup négatif en 2008 du basculement de certains produits d'épargne au prélèvement libérateur plutôt que sur rôle en 2007, estimé à 270 M€ (soit une baisse de 3,6% de ces prélèvements au titre des mesures nouvelles), a été plus que compensé par une forte augmentation de l'assiette à législation constante (+7,6%). Cette évolution est principalement imputable à une progression soutenue des revenus fonciers et des plus-values à taux proportionnels perçus durant l'année 2007 (voir graphique 2).

Les prélèvements sur les revenus de placement ont augmenté de 3,1% en 2008. Leur évolution à législation constante est négative (-4%), en raison d'un moindre dynamisme des différentes composantes de l'assiette par rapport à l'exercice 2007, et de modifications d'ordre comptable affectant aussi bien les exercices 2007¹ et 2008². Cette baisse a toutefois été compensée par les effets liés aux changements de législation (+7,1%). En effet, l'article 10 de la loi de finances 2008, qui a opéré un basculement des dividendes du prélèvement sur rôle au prélèvement à la source, a généré un transfert d'environ 13 Md€ de l'assiette patrimoine vers l'assiette placement. La recette associée (1,4 Md€ de prélèvements sociaux) a ainsi été perçue en 2008 au lieu de 2009. Subsidiairement, le déblocage anticipé de la participation, permis par la loi du 8 février 2008 sur le pouvoir d'achat, a généré un rendement supplémentaire d'environ 110 M€.

Une contraction de 14,3% du rendement des prélèvements en 2009

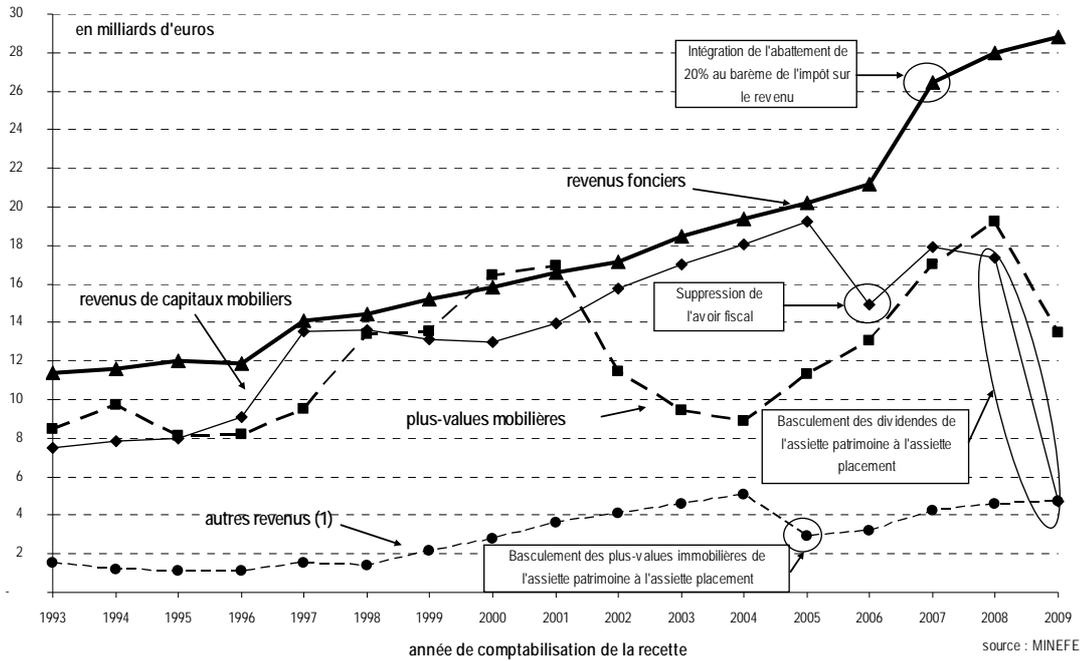
Le rendement des prélèvements sur les revenus du capital devrait baisser de 14,3% en 2009. Cette chute est imputable au contrecoup négatif des mesures nouvelles entrées en vigueur en 2008 (-8,8%) et à la contraction de l'assiette à législation constante (-5,5%).

Les prélèvements sur les revenus du patrimoine devraient accuser une baisse de 24,5% et générer un rendement de 5,9 Md€. Cette chute du rendement s'explique principalement par les répercussions en 2009 de la mesure d'élargissement aux dividendes du prélèvement à la source (et donc leur passage dans la catégorie des revenus de placement).

¹ Pour des raisons comptables, les PAR 2006 (produits encaissés en 2007 rattachés à l'exercice comptable 2006) au titre de la CSG sur les revenus du capital étaient particulièrement faibles, notamment au regard des PAR 2007. De même, le FRR n'a pas enregistré de PAR 2006 au titre de la contribution de 2%. Ces variations de PAR expliquent qu'en 2007, les prélèvements sur les revenus de placement en droits constatés tels qu'ils sont enregistrés par les organismes sociaux ont augmenté de 1,9%, alors que du point de vue des « droits constatés théoriques » (sans prise en compte d'éventuelles erreurs de PAR), une baisse de ces prélèvements de près de 8% aurait été observée.

² Suite aux observations de la Cour des comptes en 2007 concernant l'enregistrement des produits des prélèvements sociaux (hors CRDS) sur les revenus de placement versés par les établissements financiers collecteurs (banques et assurances), les acomptes encaissés en décembre 2008 par les organismes de sécurité sociale (810 M€) doivent être pour partie (446 M€) rattachés comptablement à l'exercice 2008, et pour partie (364 M€) à l'exercice 2009. Ces 364 M€ doivent être considérés comme des produits constatés d'avance, c'est-à-dire qu'ils sont encaissés en N mais doivent être comptabilisés en N+1. A ce titre, ils viennent en déduction des produits à recevoir 2008 (PAR), ce qui minore le rendement de 2008 en droits constatés.

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



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

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

Graphique 3 – Évolution du CAC 40 et de l'assiette des plus-values mobilières



L'assujettissement de ces dividendes aux contributions sociales sur les produits de placement en 2008 implique en contrepartie une minoration équivalente (1,4 Md€) des contributions au titre des revenus du patrimoine en 2009 (soit une baisse de 16,5% au titre des mesures nouvelles). L'évolution de l'assiette à législation constante serait également négative (-8%), en raison d'une forte baisse des plus-values mobilières, en lien avec la conjoncture boursière (voir graphique 3).

Les prélèvements sur les revenus de placement devraient connaître une chute moins brutale (-3,5%), pour s'élever à 7,1 Md€. En l'absence de mesure affectant notablement ces prélèvements en 2009 (la réintégration partielle des dividendes des travailleurs indépendants dans l'assiette des revenus d'activité (voir encadré 2) devrait entraîner une baisse de 0,6% du rendement au titre des mesures nouvelles), cette évolution est essentiellement imputable à la contraction de l'assiette à législation constante (-2,9%), et notamment de l'assiette des plus-values immobilières. Les contrats d'assurance-vie en euros, qui représentent près de la moitié de l'assiette placement, devraient en revanche continuer à générer des revenus en légère augmentation.

Encadré 2 – Principales modifications législatives affectant les revenus du capital

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

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

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

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

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

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

Déblocage anticipé de la participation

La loi du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat a permis aux salariés qui bénéficient d'une participation aux bénéfices dans leur entreprise d'opérer un retrait exceptionnel avant le 30 juin 2008, dans la limite de 10 000 euros sur les sommes versées au cours des années 2003 à 2007. Ce retrait est soumis aux prélèvements sociaux sur les produits de placement et a généré un rendement d'environ 110 M€.

Réintégration partielle des dividendes des travailleurs indépendants

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la fraction des revenus distribués et d'intérêts payés, perçus par les travailleurs non salariés des sociétés d'exercice libéral, qui excèdent 10% du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant. Ce texte permet de limiter les effets des pratiques d'optimisation sociale constatées dans cette forme de société. Cette mesure devrait diminuer le montant des prélèvements sociaux sur les produits de placement en 2009. En contrepartie, les cotisations et contributions sociales assises sur les revenus d'activité devraient augmenter d'environ 45 M€ en 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

	2006	2007	2008	2009P
Evolution à législation constante	6,7%	8,8%	2,0%	-5,5%
dont produits de patrimoine	8,2%	13,5%	7,6%	-8,0%
dont produits de placement	4,5%	4,7%	-4,0%	-2,9%
Effets des mesures nouvelles	16,6%	3,8%	1,6%	-8,8%
dont produits de patrimoine	-10,3%	11,2%	-3,6%	-16,5%
dont produits de placement	54,4%	-2,6%	7,1%	-0,6%
Evolution globale	23,3%	12,6%	3,6%	-14,3%
dont produits de patrimoine	-2,1%	24,7%	4,0%	-24,5%
dont produits de placement	59,0%	2,1%	3,1%	-3,5%

Lecture : en 2008, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital augmentent de 3,6%, dont 2,1% en évolution spontanée et 1,5% dû aux mesures nouvelles.

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

	2006	2007	2008	2009P
Evolution à législation constante	6,7%	8,8%	2,0%	-5,5%
dont produits de patrimoine	4,8%	6,2%	3,9%	-4,1%
dont produits de placement	1,9%	2,5%	-1,9%	-1,4%
Effets des mesures nouvelles	16,6%	3,8%	1,6%	-8,8%
dont produits de patrimoine	-6,0%	5,2%	-1,8%	-8,5%
dont produits de placement	22,6%	-1,4%	3,5%	-0,3%
Total	23,3%	12,6%	3,6%	-14,3%

Lecture : la hausse de 2,1% des prélèvements totaux sur les revenus du capital à législation constante est imputable pour 4 points à l'évolution des prélèvements sur les revenus du patrimoine, et pour -1,9 point à celle des prélèvements assis sur les revenus de placement.

Note : sauf exception (voir ci-dessous), 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.

Par ailleurs, ces chiffres ne sont pas directement comparables avec ceux des précédents rapports. Premièrement, depuis septembre 2008, les calculs sont effectués à partir des données de compte (en droits constatés) alors qu'ils étaient auparavant effectués à partir des données de recouvrement (en encaissements-décaissements). Deuxièmement, l'impact non reconductible de la mesure exceptionnelle d'anticipation des prélèvements sur les intérêts des PEL de plus de 10 ans a été imputé sur deux années (au lieu d'une dans les précédents rapports). En effet, environ 1,8 Md€ de recettes avaient été perçues en 2006 au titre de la taxation du stock des PEL de plus de 10 ans ; cette recette exceptionnelle n'est plus perçue depuis, puisque seul le flux des PEL atteignant leur dixième anniversaire est soumis à ce prélèvement.

Outre le fait que le PEL n'offre plus aucun avantage au-delà de 10 ans (plus de versement possible et plus de prime d'État), c'est à partir de 12 ans que les intérêts des PEL deviennent imposables (prélèvement forfaitaire libératoire ou intégration à la déclaration de revenus). En l'absence de données sur la durée de vie des PEL au-delà de 10 ans, il est possible de considérer que la plupart des détenteurs de PEL les ferment dans les deux ans suivant le dixième anniversaire.

Le choix d'imputer cet effet non reconductible sur deux années plutôt qu'une permet de lisser dans le temps son impact sur le rendement imputable aux mesures nouvelles, et par construction, de présenter une évolution à législation constante en 2007 (+4,7 %) et en 2008 (-4 %) plus conforme à la dynamique de ce prélèvement que ce qui était présenté dans le rapport de septembre 2008.

THÈME 7
ÉCLAIRAGES RECETTES

LA CSG SUR LES REVENUS DE REMPLACEMENT

L'assujettissement des revenus de remplacement à la CSG (et à la CRDS) représente un enjeu financier important, puisqu'il est à l'origine d'environ 15% du rendement total de la CSG (tous régimes), soit 13,3 Md€ en 2008 (voir tableau 1). Ce rendement est prélevé à près de 90 % sur les pensions de retraite : 6,5 Md€ de CSG sont perçus sur les retraites versées par le régime général et les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC. 5,1 Md€ résultent de la taxation de revenus de remplacement servis par les autres régimes (fonction publique, salariés agricoles, régimes de non salariés...), dans lesquels les retraites constituent la très grosse part. Cette fiche présente la réglementation relative à cet assujettissement, et fournit quelques éléments de cadrage concernant l'assiette et le rendement de ce prélèvement.

Une taxation en fonction du type de revenu et de l'impôt sur le revenu dû

Selon la nature du revenu qu'ils perçoivent et l'importance de leur revenu fiscal, les bénéficiaires d'un revenu de remplacement sont soit assujettis à la CSG au taux de droit commun (6,2 % sur les allocations de chômage et les indemnités journalières (IJ) ; 6,6 % sur les allocations de préretraite, pensions de retraite et pensions d'invalidité), soit assujettis au taux réduit de 3,8 %, soit exonérés de CSG. La taxation à l'un de ces taux est fonction soit d'un critère de revenu, soit d'un critère d'impôt dû (voir tableau 2).

Actuellement, le premier seuil, qui déclenche le passage de l'exonération totale à l'assujettissement au taux réduit, correspond au seuil d'allégement de la taxe d'habitation (TH)¹. Il s'agit d'un niveau de revenu, exprimé en termes de revenu fiscal de référence (RFR²), croissant avec le nombre de parts de quotient familial (QF). Pour les revenus de remplacement de 2008, ce seuil, défini en référence aux revenus de 2006 (N-2) est de 9 437 €, majorés de 2 520 € par demi-part de QF au-delà de la première part.

Le second seuil, au-delà duquel le revenu est assujetti au taux plein de CSG, correspond lui au seuil de recouvrement de l'impôt sur le revenu ; pour les revenus de remplacement de 2008, cela équivaut à une cotisation d'impôt en 2007 (sur les revenus de 2006) de 61€³. Pour un célibataire, le second seuil correspond à un revenu de 11 270 €.

Le prélèvement actuel de la CSG dépend donc étroitement des règles fiscales utilisées pour le calcul de l'impôt (et notamment de l'impôt sur le revenu) : toute modification des règles de l'impôt sur le revenu (création de dépenses fiscales nouvelles, plans généraux de baisses d'impôt comme il s'en est produit par le passé) affecte directement l'assiette de la CSG. De plus, le mécanisme actuel rend la recette sociale largement dépendante des choix d'optimisation fiscale des ménages.

Par ailleurs, le barème de la CSG sur les revenus de remplacement est construit de telle sorte que le franchissement d'un seuil d'imposition emporte la taxation de l'ensemble des revenus de remplacement au taux supérieur et non de la seule partie de l'assiette située au-dessus de ce seuil.

¹ Pour l'application du taux de CSG de 3,8 %, le seuil d'allégement de la taxe d'habitation auquel il est fait référence pour tous les bénéficiaires de revenus de remplacement, est celui en-deçà duquel les personnes âgées de plus de 60 ans ainsi que les veufs quel que soit leur âge sont exonérés de taxe d'habitation du fait du montant de leur revenu.

² Revenu après abattement fiscal de 10 % (et après abattement spécial en faveur des personnes âgées de plus de 65 ans et des veufs quel que soit leur âge) dans le cas d'un retraité ou d'un chômeur.

³ En deçà de ce montant, les services fiscaux ne recouvrent pas l'impôt dû, car les frais de recouvrement excèdent le rendement attendu de l'impôt.

Tableau 1 - Rendement de la CSG sur les revenus de remplacement en 2008 (tous régimes), par types de revenus

	Rendement (M€)	Structure
Total "inactifs du secteur privé"	8 112	61%
dont: Retraites (CNAV)	3 604	27,2%
Retraites complémentaires (AGIRC-ARRCO)	2 940	22,2%
Pré retraites	459	3,5%
Chômage	406	3,1%
Pensions d'invalidité	176	1,3%
Indemnités journalières	528	4,0%
Revenus de remplacement perçus par des personnes ne relevant pas du secteur privé	5 139	39%
Total CSG sur les revenus de remplacement	13 251	100%

Note : il n'est pas possible de distinguer les différents types de revenu de placement pour les personnes ne relevant pas du secteur privé (indépendants, fonctionnaires, régimes spéciaux).

Tableau 2 - Législation actuelle relative à l'assujettissement des revenus de remplacement à la CSG, par type de revenu

	A- Retraites et pensions d'invalidité			Assiette
	Si RFR en 2006 < seuil 1	Si RFR en 2006 > seuil 1		
		Si cotisation 2007 à l'impôt sur les revenus de 2006 < 61€	Si cotisation 2007 à l'impôt sur les revenus de 2006 > 61€	
	Exonération	Taux réduit	Taux plein	
CSG déductible	0%	3,80%	4,20%	Totalité de la pension
CSG non déductible	0%	0%	2,40%	
CSG totale	0%	3,80%	6,60%	

Note : Le seuil 1 correspond au seuil d'allègement de la taxe d'habitation, et se définit, pour les revenus perçus en 2008 par la formule suivante : Revenu fiscal de référence (RFR) en 2006 = 9 437€ + 2 520€ × (nombre de demi-part de quotient familial supplémentaire)

	B- Allocations chômage et préretraites			Assiette
	Si RFR en 2006 < seuil 1	Si RFR en 2006 > seuil 1		
		Si cotisation 2007 à l'impôt sur les revenus de 2006 < 61€	Si cotisation 2007 à l'impôt sur les revenus de 2006 > 61€	
	Exonération	Taux réduit	Taux plein	
CSG déductible	0%	3,80%	3,80%	97% de l'allocation brute
CSG non déductible	0%	0%	2,40%	
CSG totale	0%	3,80%	6,20%	

Note : Pour les chômeurs, le prélèvement de CSG et de CRDS ne doit pas réduire le montant de l'allocation chômage en-deçà de la valeur journalière du SMIC brut, soit 43 € pour l'année 2008.

	C- Indemnités journalières (IJ)		Assiette
	Taux unique		
CSG déductible	3,80%		Totalité de l'indemnité
CSG non déductible	2,40%		
CSG totale	6,20%		

Principaux éléments de cadrage

La prédominance des retraites dans l'assiette du prélèvement

Le graphique 1 ci-contre montre que les retraites de base constituent la majeure partie des revenus de remplacement assujettis à la CSG (environ trois cinquièmes de l'assiette totale). Si l'on ajoute les retraites complémentaires, plus de 80 % du rendement de la CSG sur les revenus de remplacement est prélevé sur les retraites. Le reste de l'assiette concerne les allocations chômage (10 %), les IJ et les pensions d'invalidité (8 %). Cette structure est légèrement différente lorsqu'on considère uniquement les revenus perçus par les personnes relevant du secteur privé, les retraites de base étant relativement moins importantes.

Environ un tiers de l'assiette totale est exonérée

En 2008, sur le champ des personnes relevant du secteur privé, l'assiette assujettie au taux plein représente un peu moins des deux tiers de l'assiette totale (64,2 %), tandis que l'assiette assujettie au taux réduit est relativement faible (4,6 % du total) ; l'assiette exonérée est par ailleurs importante (31,2 % de l'assiette totale, soit 57 Md€). Cette décomposition est toutefois très différente selon la catégorie de revenu considérée (voir tableau 3).

L'assujettissement des retraites complémentaires au taux plein (80 % de l'ensemble des retraites complémentaires versées) est bien plus important que dans le cas des retraites de base (59 %). Les retraites de base sont plus souvent exonérées (29,2 %) ou assujetties au taux réduit (8,4 %) que les retraites complémentaires (respectivement 18,6% et 1,5 %). En termes d'effectifs, sur les 11,7 millions de pensionnés résidant en France métropolitaine affiliés à la CNAV au 1^{er} janvier 2008, 47,2% étaient assujettis au taux plein, 14,2 % l'étaient au taux réduit, et 38,6 % étaient exonérés.

Dans le cas des allocations chômage, c'est au contraire l'assiette exonérée qui est la plus importante (75,7 %), tandis que l'assiette assujettie à taux réduit est négligeable (0,8 %). Plusieurs éléments peuvent expliquer cette structure : 1) le niveau moyen de l'allocation chômage est inférieur à celui d'une pension de retraite moyenne ; 2) les ménages comportant un chômeur ont plus souvent des enfants à charge que dans les ménages de retraités, ce qui les fait descendre dans l'échelle de taxation ; et 3) la règle spécifique aux chômeurs, qui veut que le prélèvement de la CSG et de la CRDS ne réduise pas le montant de l'allocation chômage en-deçà de la valeur journalière du Smic brut (44 € par jour en 2008), écrête encore la population assujettie au taux plein.

Enfin, dans le cas des indemnités journalières et pensions d'invalidité, l'importance de l'assiette assujettie à taux plein (87,5 %) provient de la réglementation spécifique aux IJ, qui ne permet pas de bénéficier d'un taux réduit ou d'une exonération.

Un rendement marqué par l'arrivée de retraités percevant des pensions plus élevées

Entre 2007 et 2008, le rendement de la CSG prélevée sur les pensions de retraite du régime général a augmenté de 7,1 %, tandis que l'assiette n'augmentait que de 5,8 %. La hausse du rendement et de l'assiette est essentiellement imputable aux pensionnés assujettis au taux plein (voir tableau 4) : l'assiette à taux plein progresse de 6,7 % et cela explique 70,8 % de l'augmentation de l'assiette totale. L'assiette exonérée augmente beaucoup moins rapidement (2,2 %).

Cette évolution montre que le remplacement progressif des pensionnés dépendant de la CNAV (sorties pour cause de décès d'un côté, et entrées de nouveaux pensionnés issus des générations du baby boom d'un autre côté) induit une progression du rendement des contributions prélevées sur les pensions. Les flux entrants ont en moyenne perçu durant leur carrière des salaires supérieurs à ceux reçus par les flux sortants (effet noria), et bénéficient de ce fait de pensions supérieures.

Graphique 1 – Structure de l'assiette totale (y compris assiette exonérée) de la CSG sur les revenus de remplacement par catégorie de revenus en 2007

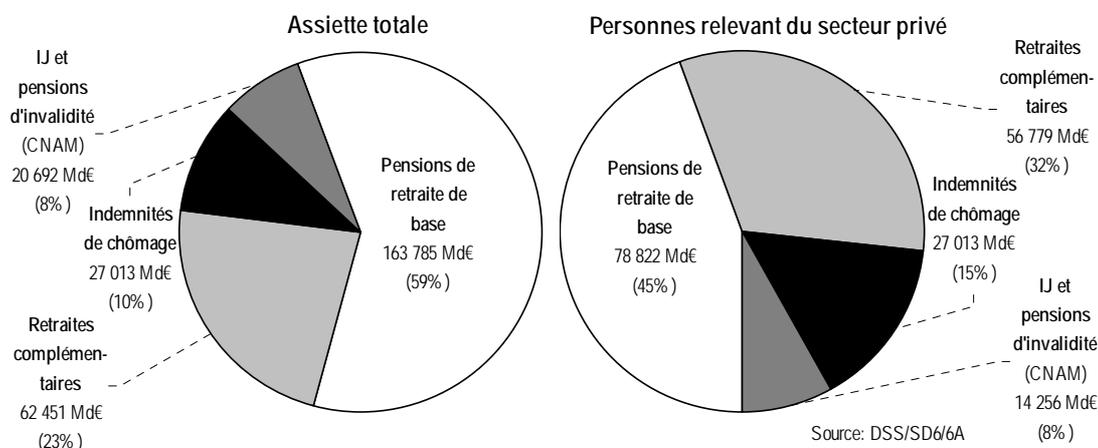


Tableau 3 – Assiette de la CSG sur les revenus de remplacement perçus en 2008 par les personnes relevant du secteur privé, par catégorie de revenus et taux de CSG

Catégorie de revenus	Assiette totale	Assiette assujettie à taux plein		Assiette assujettie à taux réduit		Assiette exonérée	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Pensions CNAV	83 424	52 069	62,4%	7 010	8,4%	24 345	29,2%
AGIRC-ARRCO	56 779	45 369	79,9%	848	1,5%	10 562	18,6%
Indemnités de chômage	27 013	6 360	23,5%	204	0,8%	20 449	75,7%
IJ et pensions d'invalidité (CNAM)	15 220	13 317	87,5%	342	2,2%	1 561	10,3%
Total	182 436	117 114	64,2%	8 404	4,6%	56 918	31,2%

Source: DSS/SD6/6A

Note: l'assiette de la CSG considérée dans les graphiques et le tableau ci-dessus est composée des prestations versées par les organismes sociaux assujetties à la CSG. À ce titre, elle ne prend pas en compte les montants versés au titre du minimum vieillesse et de la majoration pour tierce personne, qui sont exonérées de CSG.

Tableau 4 – Évolution entre 2007 et 2008 du rendement et de l'assiette de la CSG sur les pensions de retraite de base versées par la CNAV aux inactifs du secteur privé, par taux de CSG

	en M€ et en %			
	2007	2008	Evolution	Contribution
Rendement total de la CSG	3 363	3 604	7,1%	100,0%
taux plein (6,6%)	3 128	3 337	6,7%	87,0%
taux réduit (3,8%)	235	266	13,3%	13,0%
Assiette totale	78 822	83 424	5,8%	100,0%
taux plein (6,6%)	48 810	52 069	6,7%	70,8%
taux réduit (3,8%)	6 187	7 010	13,3%	17,9%
exonérée	23 825	24 345	2,2%	11,3%

Source: DSS/SD6/6A

Lecture : entre 2007 et 2008, l'assiette totale progresse de 5,8 % ; l'assiette à taux plein, qui progresse de 6,7 %, explique 70,8 % de l'augmentation de l'assiette totale.

Note: le rendement est issu des comptes des organismes sociaux (régimes de base), tandis que les assiettes sont estimées à partir des données de comptes et des prestations versées aux retraités du secteur privé. Comme il s'agit d'estimations, il existe un écart entre le rendement comptabilisé et le rendement recalculé à partir des assiettes.

LE COÛT DU TRAVAIL EN FRANCE DEPUIS 1980

Cette fiche a pour objet d'apporter un éclairage sur l'évolution du coût du travail et de ses déterminants (les salaires bruts d'une part, et les taux de cotisations patronales d'autre part), en France depuis 1980. Cette évolution a été marquée à la fois par la conjoncture économique et sociale (forte inflation au début des années 1980, fluctuations de la croissance et de l'emploi) et par des dispositions légales (fixation du Smic, déplafonnement des cotisations dans les années 1980, politique d'allègement de cotisations sociales, mise en place des 35 heures).

L'importance du Smic dans la dynamique salariale en France

Du côté des salaires, le Smic joue un rôle majeur dans l'économie française :

- le niveau du Smic est relativement élevé : pour un salarié à temps complet, il représente près de la moitié du salaire moyen, contre 38 % en moyenne dans les pays de l'OCDE ;
- les salaires sont concentrés entre un et deux Smic : en 2006, plus des deux tiers des salariés à temps complet sont rémunérés en dessous du salaire moyen, équivalent à 1,95 fois le Smic (source DADS, INSEE) ;
- au 1^{er} juillet 2008, près de 2,2 millions de salariés (14,1 % de l'ensemble des salariés) sont rémunérés sur la base du Smic, soit qu'ils perçoivent directement le Smic, soit que leur salaire soit affecté par les relèvements du Smic au 1^{er} juillet.

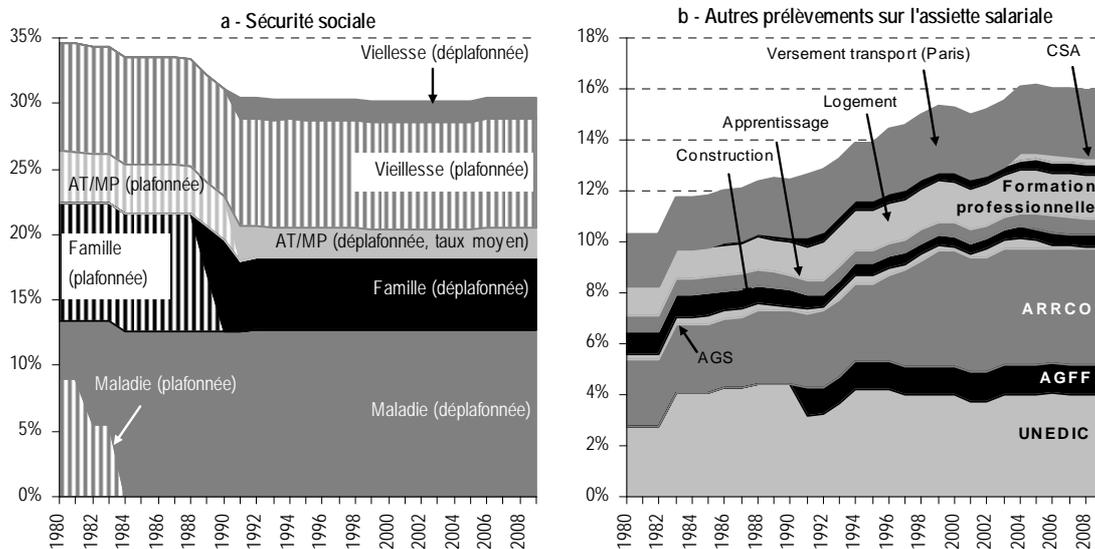
Le niveau élevé du Smic résulte notamment du rôle central qu'il joue dans la politique des revenus du gouvernement. Ainsi, sur la période 1980-2008, le Smic horaire brut a progressé plus fortement que le salaire moyen, en raison tout d'abord des coups de pouce accordés par le gouvernement au début des années 1980, puis à partir de 2000, en raison du passage aux 35 heures et du processus consécutif de convergence des rémunérations minimales (marqué par d'importantes revalorisations du Smic).

Une baisse des cotisations patronales de sécurité sociale pour les bas salaires entre 1980 et 2008

L'évolution de ces prélèvements entre 1980 et 2008 peut être décomposée en trois phases.

- La première phase est caractérisée, dans les années 1980, par plusieurs opérations de déplafonnement des cotisations de sécurité sociale assorties d'une baisse des taux faciaux (entre 1982 et 1984 pour les cotisations maladie, et entre 1989 et 1991 pour les cotisations famille et AT/MP). Ces opérations se traduisent par un élargissement de l'assiette, tout en limitant les cotisations versées pour les rémunérations inférieures au plafond.
- À partir de 1993, la deuxième phase, explicitement orientée vers la réduction du coût du travail pour les bas salaires dans un objectif affiché de création d'emplois peu qualifiés, est marquée par la mise en place de dispositifs spécifiques d'allègement de cotisations sur les bas salaires : exonération des cotisations familiales en 1993, ristourne dégressive sur les bas salaires en 1995, puis fusion des deux dispositifs en 1996.
- Enfin, la troisième phase correspond à la mise en place d'incitations à la réduction du temps de travail (aides « De Robien », « Aubry 1 » et allègements « Aubry II » après 2000). La convergence des différents minima de rémunération créés par le passage aux 35 heures avec le Smic horaire s'opérant par le haut, la hausse du Smic horaire a été beaucoup plus forte que celle des autres rémunérations entre 2001 et 2005. Afin de limiter l'impact de cette hausse, notamment pour les entreprises restées aux 39 heures, les allègements en faveur des bas salaires ont été fortement accrus, dans le cadre du dispositif dit « Fillon » (entré en vigueur progressivement entre 2003 et 2005).

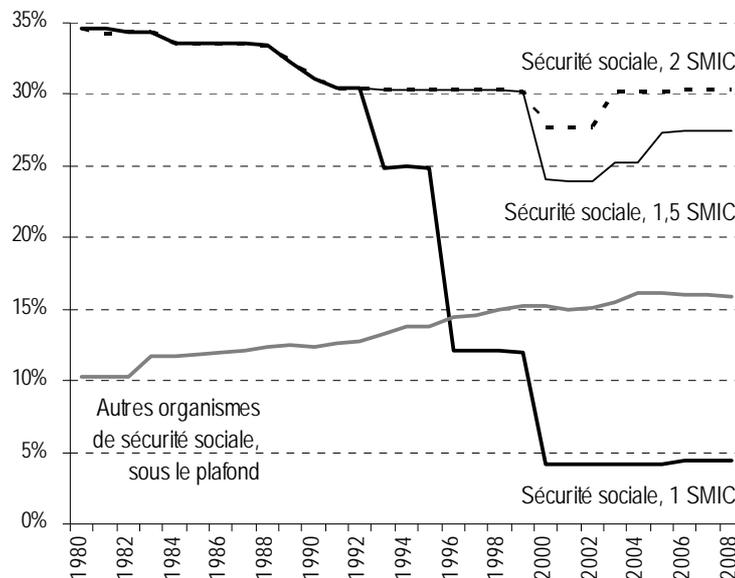
Graphique 1 – Évolution des taux de cotisations et contributions sociales patronales sous le plafond entre 1980 et 2009 (en % du salaire brut)



Note : la contribution solidarité autonomie (CSA), introduite en 2003, est effectivement à la charge de l'employeur, mais elle vient en contrepartie d'une journée de travail effectuée par le salarié ne donnant pas lieu à rémunération. Le ressaut observé sur le taux UNEDIC entre 1983 et 1990 s'explique principalement par la cotisation ASF, remplacée en 1991 par la cotisation AGFF.

Note : le graphique 1-b concerne les salariés non-cadres, travaillant dans une entreprise de plus de 20 salariés installée en région parisienne, et ne prennent en compte que les cotisations sous le plafond.

Graphique 2 – Évolution des taux de cotisations et contributions sociales patronales à différents niveaux de rémunération, après allègements



Note : les différentes rémunérations considérées ici sont toutes inférieures au plafond de la sécurité sociale, et sont donc soumises au taux de cotisations sous plafond. Le taux de cotisations patronales de sécurité sociale passe ainsi de 34,62% du salaire brut en 1980 à 4,38% en 2008 au niveau de 1 Smic, et de 34,62% à 27,5% au niveau de 1,5 Smic.

Étendu à l'ensemble des entreprises en 2003, cet allègement unique prévoit à présent une exonération de 26 points (28,1 pour les entreprises de moins de 20 salariés) au niveau du Smic, et est ensuite dégressif jusqu'à 1,6 Smic. Dans tous les cas, l'objectif de ces dispositifs n'est pas tant de réduire le coût du travail que de compenser les effets des politiques de réduction du temps de travail.

Le taux global de cotisations patronales sous plafond est ainsi passé, avant prise en compte des allègements de cotisations, de 34,62 % du salaire brut en 1980 à 30,38 % en 2008 (voir graphique 1.a). Pour les bas salaires (voir graphique 2), ce taux descend à 4,38 % au niveau du Smic (et même à 2,28 % pour les entreprises de moins de 20 salariés).

Une augmentation significative des autres prélèvements sociaux

La baisse des cotisations patronales de sécurité sociale observée depuis les années 1980 a toutefois été partiellement neutralisée par une hausse des prélèvements portant sur les risques ne relevant pas de la sécurité sociale (voir graphique 1.b), notamment pour le financement des régimes de retraite complémentaire et de l'assurance chômage. Les prélèvements sociaux à la charge de l'employeur couvrant ces autres risques ont augmenté régulièrement entre 1980 et 2008 (de 10,30 % à 15,93 %).

Le coût du travail au niveau des bas salaires a augmenté moins rapidement qu'au niveau du salaire moyen

La politique d'allègement massif des cotisations patronales de sécurité sociale (plus de 30 points de cotisations au niveau du Smic entre 1980 et 2008) a permis de fait de contenir le coût du travail pour les bas salaires. La progression du coût du travail au niveau du Smic a été effectivement inférieure à la progression du coût du travail au niveau du salaire moyen depuis la mise en place des allègements en 1993. Entre 1980 et 1992, le coût du travail a crû de 1,8% par an en termes réels au niveau du salaire minimum et de 1,5 % au niveau du salaire moyen. En revanche, entre 1993 et 2008, les taux de croissance annuels moyens ont été de 0,6% au niveau du Smic et de 1,6 % au niveau du salaire moyen.

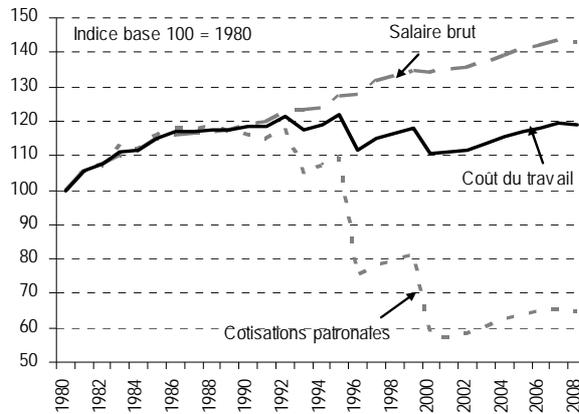
Du fait de ces dispositifs, le coût horaire réel du travail au niveau du Smic, qui avait fortement progressé au début des années 1980 suite aux revalorisations du Smic, n'a quasiment pas augmenté entre 1992 et 2008, alors que la hausse du Smic se poursuivait (voir graphique 3). À partir de 1993, les divers dispositifs d'allègements de cotisations ont en effet compensé en partie l'augmentation des salaires, neutralisé le choc des 35 heures, et ralenti la progression du coût du travail. Le graphique 4 montre que la baisse des cotisations patronales résulte intégralement d'une diminution des cotisations de sécurité sociale.

Cette progression modérée du coût du travail au niveau des bas salaires, dans un contexte où le Smic a augmenté plus rapidement que le salaire moyen, a eu un effet positif sur l'emploi peu qualifié selon certaines études¹. L'objectif des politiques d'allègements de cotisations patronales était d'enrichir le contenu de la croissance en emplois peu qualifiés (ou de réduire les destructions d'emplois à ce niveau), en abaissant son coût relatif par rapport à l'emploi plus qualifié et au capital.

Les secteurs qui bénéficient d'un taux d'exonération apparent élevé (exonérations totales rapportées à la masse salariale du secteur) sont logiquement les secteurs intensifs en main d'œuvre peu qualifiée ou concentrant les bas salaires (même si ce ne sont pas les plus exposés à la concurrence internationale) : commerce de détail (7,1 %), agroalimentaire (7,5 %), construction (8,6 %), ou services aux particuliers (9,8 %). De même, 23 % des allègements (4,4 Md€ en 2006 d'allègements Fillon) sont dirigés vers les entreprises de moins de 10 salariés, qui ne représentent que 15 % de la masse salariale totale.

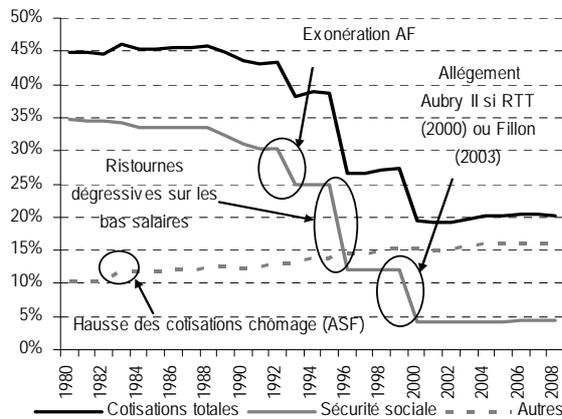
¹ Les travaux disponibles évaluent entre 200 000 et 450 000 le nombre d'emplois créés ou sauvegardés par les allègements de cotisations du début des années 1990 (Crépon et Desplatz (2001), Gafsi, L'horty, Mihoubi (2005), et Jamet (2005)).

Graphique 3 – Évolution du coût horaire réel du travail au niveau du Smic et ses composantes

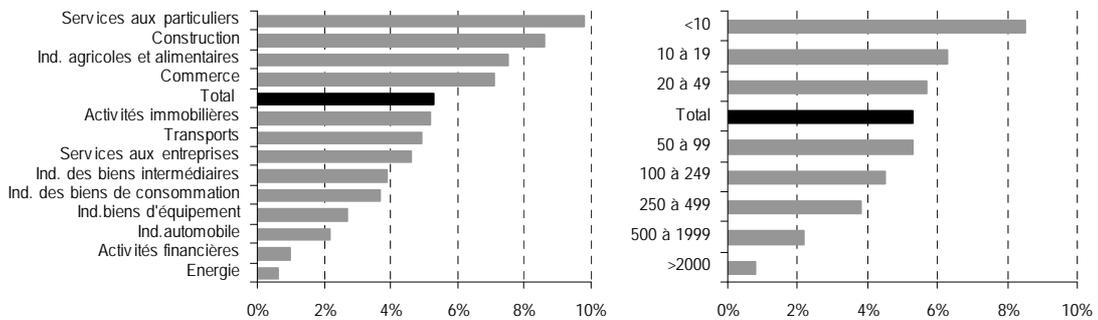


Note de lecture : le coût du travail est composé du salaire brut et des charges patronales. Le graphique ci-dessus présente, en base 100 en 1980, l'évolution de ce coût relativement à celle du salaire brut et des charges patronales. Entre 1980 et 2008, le coût du travail a progressé environ 2 fois moins que le Smic brut grâce à la diminution marquée des cotisations patronales assises sur ce salaire brut.

Graphique 4 – Évolution des taux de cotisations et contributions sociales patronales au niveau du Smic



Graphique 5 – Taux d'exonération apparent selon le secteur d'activité et selon le nombre de salariés de l'établissement



Source : ACOSS

THÈME 8
LES RELATIONS DE TRÉSORERIE
ÉTAT-SÉCURITÉ SOCIALE

8-1

CRÉANCES DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE SUR L'ÉTAT

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'État et la sécurité sociale prévoyant la transmission semestrielle d'un état des sommes restant dues par l'État aux régimes obligatoires de base. Cet état retrace la situation des montants dont l'État reste redevable sous deux angles différents : par dispositif (voir tableau 1), et par caisse ou régime de sécurité sociale (voir tableau 2)¹.

La dette nette de l'État vis-à-vis des régimes obligatoires de base s'établit à 3,6 Md€ au 31 décembre 2008

La situation « brute » au 31 décembre 2008 correspond à la différence entre d'une part le montant cumulé des exonérations de cotisations exigibles et des prestations versées pour le compte de l'État jusqu'à cette date, et d'autre part les versements cumulés effectués, jusqu'à cette même date, par l'État aux régimes de sécurité sociale.

Ainsi définie, la situation « brute » cumulée des dettes et des créances de l'État² s'élève à 4,5 Md€ au 31 décembre 2008.

La situation « nette » au 31 décembre 2008 est obtenue à partir de la situation « brute » en tenant compte des versements complémentaires de l'État intervenus au début de 2009 en exécution de la loi de finances rectificative (LFR) pour 2008. Ces versements complémentaires se sont élevés à 838 M€ dont 467 M€ au titre des prestations et 334 M€ au titre des « divers autres dispositifs », (notamment les diverses pensions garanties par l'État). Il s'agit de versements nets des opérations de remboursement par l'ACOSS à l'État de l'équivalent d'une partie de l'excédent prévisionnel des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires.

La situation « nette » cumulée des dettes et créances de l'État au 31 décembre 2008 s'élève ainsi à 3,6 Md€ (dont 3,0 Md€ pour le régime général).

La dette de l'État s'est accrue globalement de 0,6 Md€ en 2008 mais la situation est contrastée selon les régimes

L'état semestriel retraçant la dette au 31 décembre 2007, compte tenu des versements effectués par l'État jusqu'au 30 juin 2008, faisait apparaître une dette « nette » de 3,0 Md€ dont 1,7 Md€ à l'égard du régime général et 1,3 Md€ à l'égard des autres régimes. Les dettes de l'État vis-à-vis des régimes ont donc connu une augmentation de 0,6 Md€ en 2008.

La situation par régime est cependant contrastée. Ainsi, la dette vis-à-vis du régime général augmente de 1,3 Md€, tandis que celle vis-à-vis des autres régimes diminue de 0,6 Md€.

En effet, les régimes autres que le régime général et les régimes agricoles ont bénéficié d'une opération d'apurement des dettes relatives aux exercices 2007 et antérieurs, prévue en LFR pour 2008 pour un montant de 753 M€, par affectation d'une fraction du produit de la taxe sur les véhicules de société.

¹ Pour une présentation des modalités de remboursement par l'Etat des exonérations et prestations, voir la fiche 7-1 du rapport de juin 2008

² Ne sont pas prises en compte les exonérations de cotisations ou les prestations relatives aux dernières périodes de 2008 (décembre ou dernier trimestre) et qui ont été liquidées ou versées au début de l'année 2009. Ces opérations, qui affectent la trésorerie des régimes en 2009, sont retracées dans les comptes 2008 de ceux-ci, lors des opérations d'inventaire, en produits à recevoir.

Parallèlement à cette opération, le stock de dette s'est cependant reconstitué : au total, les insuffisances de financement du budget 2008 se sont élevées, sur le champ « tous régimes », à 2,2 Md€ avant LFR et à 1,4 Md€ après (1,3 Md€ pour le seul régime général). La LFR pour 2008 a en effet ouvert un total de 773 M€ de crédits nouveaux pour le financement des exonérations ou des prestations sociales financées par l'État.

L'évolution de la dette "nette" en 2008 par catégorie de dispositifs se présente comme suit :

- **Sur le champ des prestations**, le montant restant dû à fin 2008 s'élève à 0,6 Md€, soit 0,3 Md€ de plus que fin 2007. La détérioration porte principalement sur les aides au logement : l'insuffisance de financement s'est élevée à 0,1 Md€ pour l'APL et à 0,1 Md€ pour l'ALS malgré une ouverture de crédits en LFR pour ces deux prestations de 0,1 Md€. Pour les autres dispositifs, des abondements importants intervenus en LFR (0,2 Md€ pour l'AAH, et 0,1 Md€ pour l'AME) ont permis de contenir le montant restant dû par l'État.

- **Sur le champ des « exonérations ciblées »**, le montant restant dû à fin 2008, après versements de période complémentaire, s'élève à 2,7 Md€, en progression de 0,5 Md€ par rapport à la fin de 2007. Cette hausse concerne en particulier les dispositifs suivants : apprentissage (+0,2 Md€), contrats de professionnalisation (+0,2 Md€) et services à la personne (+0,2 Md€).

- **Sur le champ des « allègements généraux »**, la situation nette fait apparaître une diminution de la dette nette de 0,1 Md€ liée notamment à l'apurement de dettes anciennes vis-à-vis de certains régimes¹.

- **Sur le champ des « dispositifs divers »**, le montant restant dû à fin 2008 s'élève à 0,1 Md€, ce qui représente une légère diminution par rapport à fin 2007.

¹ Il s'agit des insuffisances de financement constatées tant que les allègements généraux faisaient l'objet d'une compensation à l'euro près, soit avant 2007. Les autres régimes ont vu leur dette à ce titre apurée : en octobre 2007 pour le régime général, par l'opération de la LFR 2008 décrite supra pour les autres régimes.

Tableau 1 – État semestriel au 31/12/2008, par nature de dettes (en M€)

Nom du dispositif	Situation nette au 31/12/2007 arrétée au 30/06/2008 (a)	Versements pour N-1 effectués entre le 01/07/2008 et le 31/12/2008 (b)	Coût total des mesures en 2008 (c)	Versements pour 2008 entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année (d)	Situation "brute" au 31/12/2008 (e)=(a-b)+(c-d)	Versements de janvier 2009 se rattachant aux exercices antérieurs (f)	Total pour l'état semestriel Situation nette : au 31/12/2008 (g)=(e)-(f)
I/ Prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat							
I-1/ Champ santé-solidarité							
Aide médicale d'Etat (AME)	264	0	477	368	373	94	279
Allocation de parent isolé (API)	37	0	1 023	989	71	37	34
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	5	5	262	263	-1	0	-1
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	3	0	5 632	5 399	236	236	0
Prime de retour à l'emploi	51	50	238	158	80	0	80
Grands invalides de guerre	-17	-17	144	156	-12	0	-12
RMI : dette antérieure au 01/01/04 + prime exceptionnelle	0	0	370	379	-9	0	-9
Allocation d'installation étudiante ("Aline")	3	0	8	3	8	0	8
Divers autres	0	0	-20	2	-22	0	-22
<i>Sous-total champ santé-solidarité</i>	346	39	8 133	7 717	724	367	357
I-2/ Champ logement							
Aide au logement temporaire (ALT)	6	2	47	41	10	0	10
Aide personnalisée au logement (APL) (FNAL)	0	0	2 929	2 809	120	0	120
Allocation de logement sociale (ALS) (FNAL)	0	0	4 795	4 568	227	100	127
Allocation de logement familial (ALF) servie aux fonctionnaires de l'Etat dans les DOM	0	-1	1	0	1	0	1
<i>Sous-total champ logement</i>	6	1	7 771	7 418	358	100	258
<i>Sous-total prestations prises en charge par l'Etat</i>	352	40	15 905	15 135	1 082	467	615
II/ Exonérations de cotisations sociales							
II-1/ Exonérations ciblées							
Exonération ciblées sur certains territoires	1 224	11	1 894	1 399	1 709	596	1 113
Apprentissage et Professionnalisation	535	0	1 391	1 006	920	19	901
Exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité	31	7	365	346	43	3	40
Exonérations ciblées sur certains publics fragiles	7	0	52	62	-3	0	-3
Exonérations spécifiques aux travailleurs indépendants non agricoles	19	0	43	36	26	18	7
Services à la personne	243	0	455	290	407	0	407
Exonérations spécifiques au secteur agricole	70	0	74	28	116	0	116
Avantages directs consentis aux salariés	-9	-9	78	2	76	0	76
<i>Sous-total exonérations ciblées</i>	2 131	9	4 354	3 173	3 304	647	2 657
II-2/ Allègements généraux							
Dettes "anciennes" (Exos AF-BTP, plan textile échéances liées au passage au FOREC en 2000 et 2001)	151	0	0	0	151	0	151
Autres dettes relatives aux allègements généraux	229	0	0	0	229	79	150
Compensation intégrale des allègements généraux 2006 (article L.131-8 du CSS)	0	0	0	0	0	0	0
Exonérations Heures supplémentaires	3	0	3 026	3 753	-724	-688	-35
<i>Sous-total allègements généraux</i>	383	0	3 026	3 753	-344	-609	266
<i>Sous-total exonérations de cotisations sociales</i>	2 514	9	7 381	6 926	2 960	38	2 923
III/ Divers autres dispositifs							
Dettes relatives au BAPSA	0	0	0	0	0	0	0
Diverses pensions garanties par l'Etat (SNCF, CNIEG, CRP-RATP...)	241	0	3 034	2 913	362	330	32
Prise en charge des cotisations militaires	-119	0	174	0	56	0	56
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)	11	0	0	0	11	1	10
Divers	-5	0	56	50	1	3	-2
<i>Sous total Autres</i>	127	0	3 265	2 962	430	334	96
TOTAL GENERAL	2 994	49	26 551	25 023	4 472	838	3 634

Remarque : Pour faciliter la lecture, la présentation ci-dessus est légèrement plus agrégée que celle de l'état semestriel.

Tableau 2 – État semestriel au 31/12/2008, par caisse ou régime (en M€)

Nom du régime	Situation nette au 31/12/2007 arrêtée au 30/06/2008 (a)	Versements pour N-1 effectués entre le 01/07/2008 et le 31/12/2008 (b)	Coût total des mesures en 2008 (c)	Versements pour 2008 entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année (d)	Situation brute au 31/12/2008 (e)=(a-b)+(c-d)	Versements de janvier 2009 se rattachant aux exercices antérieurs (f)	Total pour l'état semestriel Situation nette : au 31/12/2008 (g)=(e)-(f)
CNAMTS - AM	840	-8	3 085	2 729	1 204	70	1 134
CNAMTS - AT	104	1	143	175	70	-18	88
CNAF	377	54	15 433	14 593	1 163	386	777
CNAVTS	391	2	3 765	3 606	548	-445	993
Sous-total régime général	1 712	50	22 426	21 103	2 985	-7	2 991
Banque de France	0	0	0	0	0	0	0
CANSSM	6	0	37	29	13	6	8
CAVIMAC	0	0	0	0	0	0	0
CCIP	0	0	0	0	0	0	0
CCMSA sal	459	0	727	685	501	0	501
CCMSA expl	77	0	31	71	38	0	38
CNAVPL	4	0	2	0	6	4	2
CNBF	0	0	0	0	0	0	0
CNIEG	1	0	27	11	17	1	16
CNMSS	-7	0	17	15	-5	1	-6
CNRACL	-1	-1	4	4	0	0	0
CNRSI	396	0	177	124	448	396	52
CR Comédie Française	0	0	0	0	0	0	0
CRPCEN	37	0	18	11	44	37	7
CRP-Opéra de Paris	0	0	0	0	0	0	0
CRP-RATP	0	0	1	1	0	0	0
CRP-SNCF	239	0	3 024	2 914	348	329	19
ENIM	21	0	55	51	25	21	4
Port Autonome de Bordeaux	0	0	0	0	0	0	0
Port Autonome de Strasbourg	0	0	0	0	0	0	0
SNCF	48	0	1	0	49	48	1
RATP	2	0	0	0	2	2	0
St Pierre et Miquelon	0	0	5	3	1	0	1
Autres régimes	1 282	-1	4 125	3 920	1 488	845	643
Total général	2 994	49	26 551	25 023	4 472	838	3 634

Note de lecture (tableau 1) : sur les sommes dont l'État était redevable au 31 décembre 2007 au titre de l'AME, 264 M€ restaient dus au 30 juin 2008. Aucun versement n'a été effectué pour réduire ce stock de dette au cours du 2nd semestre 2008. Alors que le coût s'est élevé à 477 M€ en 2008, des versements ont été effectués en application de loi de finances initiale à hauteur de 368 M€. L'insuffisance s'est ajoutée aux 264 M€ déjà constatés pour former une dette « brute » au 31 décembre 2008 de 373 M€. Des versements intervenus en LFR pour 94 M€ ont enfin permis de ramener le montant restant dû par l'État à 279 M€.

THÈME 9
LES PRESTATIONS MALADIE ET AT

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 152,0 Md€. Le constat provisoire des dépenses dans le champ de l'objectif est effectué à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC). Il pourra faire l'objet de rectifications ultérieures¹.

Un dépassement de l'objectif de l'ordre de 0,9 Md€..

Les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont élevées en 2008 à 152,9 Md€, soit un dépassement de près de 0,9 Md€ par rapport à l'objectif voté (*voir* tableau 1). Cet écart est imputable aux soins de ville et, de façon plus marginale, aux établissements de santé. La croissance des dépenses est restée modérée, s'établissant à 3,4 %, dans la continuité des exercices antérieurs. Depuis 2005, cette croissance est en moyenne de 3,7 % par an.

Ces montants sont légèrement plus élevés que ceux prévus lors de la dernière CCSS. En effet, le dépassement constaté est supérieur d'une centaine de millions d'euros à la prévision établie en septembre 2008, qui tablait sur un écart à l'objectif de l'ordre de 750 M€. Le sur-dépassement constaté est le résultat de deux évolutions opposées : une moindre progression des dépenses de soins de ville et un plus grand dynamisme des charges relatives aux établissements de santé et aux autres prises en charge.

... surtout imputable aux soins de ville, pourtant en forte décélération

Les dépenses de soins de ville ont atteint 71,4 Md€ en 2008, soit près de 0,8 Md€ de plus que le sous-objectif voté en LFSS. Toutefois, ce dépassement s'explique pour près de moitié par un effet de base, les dépenses afférentes à 2007 s'étant révélées plus élevées qu'anticipé lors de la construction de l'objectif pour 2008. Il est en revanche inférieur d'environ 150 M€ à la prévision retenue lors de la CCSS de septembre ; cet écart s'explique pour l'essentiel par les cotisations sociales des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie, dont les montants constatés au plan comptable sont inférieurs à l'estimation.

En termes de dynamique, les dépenses de soins de ville ralentissent notablement (+2,5 %, contre +4,4 % en 2007), en grande partie du fait du dispositif de franchise mis en place en janvier 2008 (*voir* fiche n° 10-7). Son impact sur le taux de croissance de l'enveloppe des soins de ville est en effet estimé à -1,2 point. Pour plus de détails sur l'évolution des différents postes sur le champ du régime général, se reporter à la fiche n° 9-3.

¹ 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).

Tableau 1 – Réalisations dans le champ de l'ONDAM

BILAN 2008, en milliards d'euros	Base 2008 réactualisée	Constat 2008 provisoire	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés	Dépassement
Soins de ville	69,6	71,4	2,5%	70,6	0,8
Établissements de santé	65,2	67,7	3,8%	67,6	0,1
Établissements et services médico-sociaux	12,1	12,9	6,4%	12,9	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,1	5,5	8,0%	5,5	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	7,4	5,3%	7,4	0,0
Autres prises en charge	0,9	0,9	4,9%	0,9	0,0
ONDAM TOTAL	147,8	152,9	3,4%	152,0	0,9

NB : les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2007 (147,6 Md€) sont donc ramenées au champ de celles de 2008 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2007 et 2008 (+0,2 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 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 2007, les provisions inscrites dans les comptes ont surestimé les dépenses d'environ 160 M€. Cet écart se décompose en une sous-estimation de près de 10 M€ pour les soins de ville, une surestimation de l'ordre de 250 M€ pour les établissements de santé publics et enfin une sous-estimation d'environ 80 M€ pour les établissements de santé privés. La forte révision à la baisse des provisions hospitalières s'explique par la modification des règles de facturation, qui a de fait occasionné des difficultés de valorisation de l'activité de certains établissements. Au total, les réalisations définitives des dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent en 2007 à 147,6 Md€.

Les réalisations de 2008 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.

Encadré 2 – Difficultés de suivi comptable des sous-objectifs hospitaliers

Le constat de l'ONDAM est établi à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie. La nomenclature comptable a été modifiée pour tenir compte de la subdivision de l'objectif en sous-objectifs, mais cette ventilation comptable n'est pas encore totalement appliquée par les régimes. C'est pourquoi les dépenses sont présentées ici sous une forme plus agrégée.

Les données soumises à l'examen de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée proviennent quant à elles de sources statistiques. Par ailleurs, leur champ est légèrement différent de celui retenu ici car il ne recouvre pas les dépenses non régulées.

Les dépenses afférentes aux établissements de santé connaissent une certaine accélération

Les charges relatives aux établissements de santé se sont élevées en 2008 à 67,7 Md€, soit un dépassement d'un peu plus de 0,1 Md€ par rapport aux sous-objectifs hospitaliers. Ces montants sont supérieurs de près de 250 M€ à ceux prévus en septembre. La révision porte sur les établissements privés, dont les dépenses ont été revues à la hausse, les réalisations sur le champ des établissements publics étant à quelques dizaines de millions près en phase avec les prévisions.

Les dépenses afférentes aux établissements de santé connaissent ainsi une certaine accélération (+3,9 %, contre +3,0 % en 2007). Celle-ci résulte pour une large part de deux phénomènes : d'une part, le niveau des dépenses comptabilisées dans l'ONDAM s'est révélé trop bas en 2007 compte tenu de la difficulté pour certains établissements publics de valoriser une partie de leur activité suite à la modification des règles de facturation¹ ; d'autre part, le passage de la tarification à l'activité de 50 % en 2007 à 100 % en 2008 a pu inciter les établissements à produire davantage d'activité afin d'obtenir des recettes supplémentaires.

Le niveau des dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux est conforme aux sous-objectifs arrêtés

Les sous-objectifs médico-sociaux représentent la contribution des régimes d'assurance maladie au financement de l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il s'agit d'une enveloppe fermée qui ne peut de ce fait être ni dépassée ni sous-consommée, sauf révision des dotations.

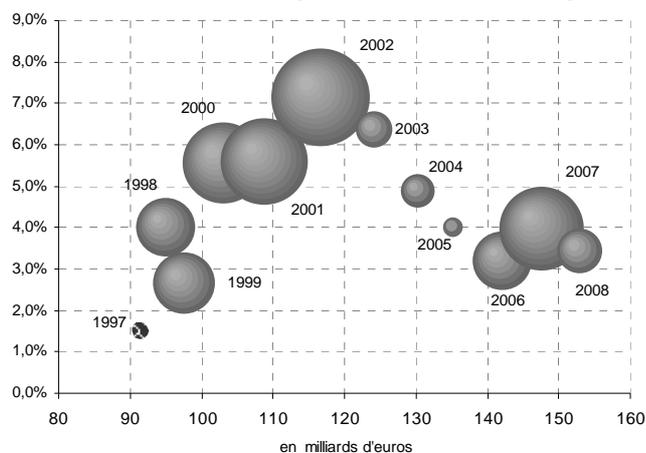
Cette contribution s'élève en 2008 à 12,9 Md€, en augmentation de 6,4 %. Plus précisément, l'enveloppe pour personnes âgées progresse de 8,0 % et celle pour personnes handicapées de 5,3 %.

Les autres prises en charge sont sous-consommées, en lien avec le gel du FIQCS

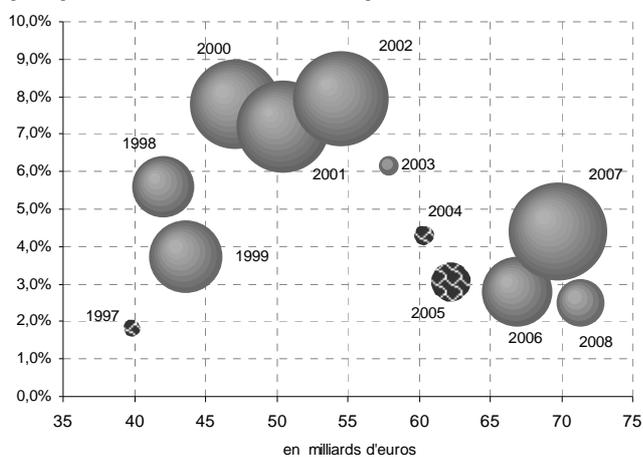
Les autres prises en charge représentent près de 0,9 Md€, avec une sous-exécution de l'ordre de 50 M€. Celle-ci résulte du gel du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), à hauteur de 70 M€, mais aussi d'une évolution plus forte que prévu des dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger.

¹ La suppression du taux de conversion, mise en œuvre de manière facultative en 2006, est devenue obligatoire en 2007. La valorisation des prestations est désormais conditionnée à l'application, pour chaque prestation facturée, du taux réel de prise en charge du patient par l'assurance maladie. Ce changement a rendu plus complexe la remontée de l'activité aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), chargées de la valoriser. Il ressort des estimations de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qu'une partie de l'activité ne pourra de ce fait pas être facturée. C'est la raison pour laquelle les provisions hospitalières au titre de 2007 ont été fortement revues à la baisse (voir encadré 1).

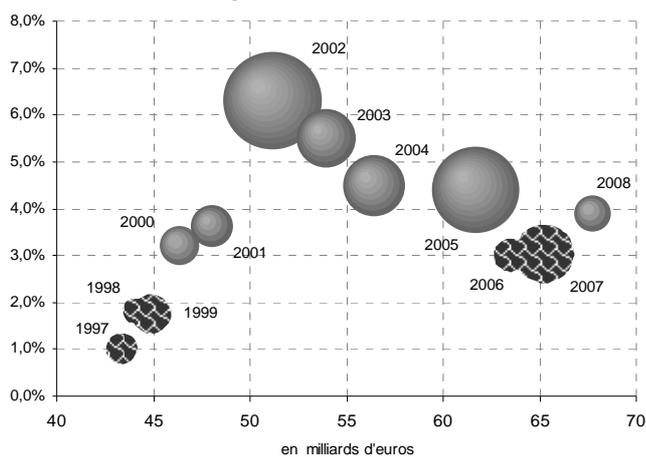
Graphique 1 – Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



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 constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en gris plein) ou de la sous-consommation (en noir strié). 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 un taux d'évolution à périmètre constant de 4,0%.

Source : DSS.

Sur la base des réalisations provisoires de l'année 2008 et compte tenu des dernières données disponibles, en particulier sur les dépenses de soins de ville, il est procédé ici à une première estimation des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2009 dont l'objectif a été fixé par le Parlement à 157,6 Md€.

Un effet base légèrement positif

Le niveau des dépenses atteint en 2008 s'est révélé légèrement plus élevé que celui prévu lors de la dernière CCSS, qui a servi de base à la construction de l'objectif pour cette année (voir fiche n° 9-1). Cet écart est le résultat de deux évolutions opposées : une moindre progression des dépenses de soins de ville, de l'ordre de 150 M€, et un plus grand dynamisme des charges relatives aux établissements de santé et aux autres prises en charge, de près de 250 M€ au total. Toutefois, une partie du « sur-dépassement » observé sur les établissements a pu être anticipée pour l'élaboration de la campagne tarifaire actuelle.

Au total, l'effet base tous postes confondus est limité à quelques dizaines de millions d'euros.

Un risque de rendement moindre des économies sur les soins de ville

La moindre croissance des dépenses de soins de ville en 2008 vient accroître la marge de progression compatible avec un respect du sous-objectif correspondant pour l'année en cours. Ainsi, une progression de 3,3 % resterait compatible avec l'enveloppe des soins de ville telle que votée par le Parlement alors qu'une croissance de 3,1 % était retenue en LFSS.

Le taux d'évolution cible envisagé lors de la construction de l'objectif reposait sur un volant important d'économies, sans lesquelles la progression pour 2009 aurait été de 5,6 %. Si des décalages temporels concernant les mesures de revalorisation modèrent la dynamique des dépenses, les incertitudes pesant sur certains postes d'économies conduisent à revoir le taux d'évolution prévisionnel à 3,6 %. En particulier, les économies de maîtrise médicalisée, de lutte contre la fraude et de contrôle des droits font à ce stade par prudence l'objet d'un abattement important, conformément aux taux de réalisation moyens observés les années précédentes.

Cette prévision correspond à un dépassement de l'ordre de 200 M€.

Un risque de dépassement sur les établissements de santé

Compte tenu des éléments relatifs aux établissements de santé évoqués plus haut, le constat des dépenses de 2008 induirait un risque de dépassement proche de 200 M€ pour 2009. Cette évaluation est susceptible d'être révisée, tant au regard des éventuelles corrections apportées par les régimes sur les provisions passées au titre de 2008 que compte tenu de la dynamique des dépenses en 2009 sur laquelle les données disponibles sont très peu nombreuses à ce stade.

Un dépassement total d'environ 400 M€ sur le champ de l'ONDAM

Sous l'hypothèse d'un quasi respect du sous-objectif relatif aux autres prises en charge, un dépassement de l'ordre de 400 M€ est envisagé sur l'ensemble des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM. Pour mémoire, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée et ne peut de ce fait être ni dépassée ni sous-consommée, sauf révision des dotations.

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

PRÉVISION 2009, en milliards d'euros	Base 2009 réactualisée	Prévision 2009	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés	Dépassement
Soins de ville	70,9	73,4	3,6%	73,2	0,2
Établissements de santé	67,5	69,5	3,0%	69,4	0,2
Établissements et services médico-sociaux	13,3	14,1	6,2%	14,1	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,9	6,4	8,1%	6,4	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,7	4,6%	7,7	0,0
Autres prises en charge	1,0	0,9	-3,4%	0,9	0,0
ONDAM TOTAL	152,7	158,0	3,5%	157,6	0,4

NB : les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2008 (152,9 Md€) sont donc ramenées au champ de celles de 2009 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2008 et 2009 (-0,2 Md€).

Source : DSS.

Encadré 1 – Les transferts de fongibilité en 2009

Les sous-objectifs de l'ONDAM votés en LFSS pour 2009 ont été corrigés au début de l'année 2009 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 soins de ville (-10 M€) et des établissements de santé (-260 M€) vers les établissements médico-sociaux (+270 M€).

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

LA CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2008

Les dépenses de soins de ville du régime général ont nettement ralenti en 2008. D'après les données de la CNAM en date de soins à fin février, celles-ci ont en effet progressé de 2,5 %, contre 4,8 % en 2007. Cette décélération s'explique en grande partie par la mise en place du dispositif de franchise au 1^{er} janvier 2008 et, plus marginalement, par la réintégration d'une partie des dépenses de dispositifs médicaux dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au 1^{er} août 2008. En l'absence de ces mesures, la croissance des dépenses aurait été de l'ordre de 4 %.

En dehors des indemnités journalières (IJ) dont la croissance s'est sensiblement accélérée en 2008, la quasi-totalité des postes de soins de ville ont connu une progression inférieure à celle de 2007.

La dynamique des honoraires médicaux ralentit et reste faible en volume

La croissance des dépenses de médecine générale et de soins dentaires décélère pour s'établir à moins de 2 %

Les dépenses remboursées d'actes de médecins omnipraticiens ont progressé de 1,7 % en 2008, soit trois fois moins qu'en 2007. Cette forte décélération s'explique par l'absence de mesure de revalorisation l'an dernier, après deux années consécutives d'augmentation. En effet, le tarif de la consultation est passé à 21 euros en août 2006, puis à 22 euros en juillet 2007. En dehors des effets prix, la consommation d'actes est quasiment stable (-0,6 %), dans la continuité des années précédentes.

L'évolution des dépenses de soins dentaires est similaire à celle des actes de médecine générale (+1,1 %, contre +3,1 % en 2007). Depuis plusieurs années, elles sont stables en volume et leur croissance est donc pour l'essentiel due aux mesures de revalorisation. C'était le cas pour l'année 2007, marquée par l'effet report de la revalorisation des soins conservateurs du 1^{er} juillet 2006.

La progression des honoraires des médecins spécialistes reste modérée

Les dépenses remboursées d'actes de médecins spécialistes ont augmenté de 3,2 % en 2008, soit une évolution proche de celle des années précédentes (+2,9 % en 2006, +3,3 % en 2007).

Les actes techniques, qui représentent à eux seuls près de deux tiers des montants remboursés, ont connu une légère accélération en 2008 (+4,6 %, contre +4,1 % en 2007), en lien avec l'achèvement de la deuxième phase de convergence vers les tarifs cible de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cette accélération est cependant compensée par un ralentissement des remboursements de consultations (+0,0 %, après +0,7 % en 2007) et de scanners et IRM (+10,0 %, contre +11,2 % en 2007). Pour mémoire, les tarifs de ces examens ont été revus à la baisse suite au déclenchement de la procédure d'alerte en mai 2007¹. Par ailleurs, la mise en œuvre effective, au 1^{er} décembre 2007 en ce qui concerne les soins de ville, du ticket modérateur plafonné à 18 euros pour les actes médicaux de plus de 91 euros a produit son plein effet en 2008.

¹ Tarification dégressive du forfait technique réduit selon deux seuils supplémentaires ; baisse des tarifs des forfaits pleins de 2,5 % pour les scanners et de 4 % pour les IRM ; minoration de 10% du 2^e forfait si association ou procédure pour les actes de scanographie (voir protocole d'accord du 19 juillet 2007).

Tableau 1 – Réalisations des soins de ville dans le champ de l'ONDAM

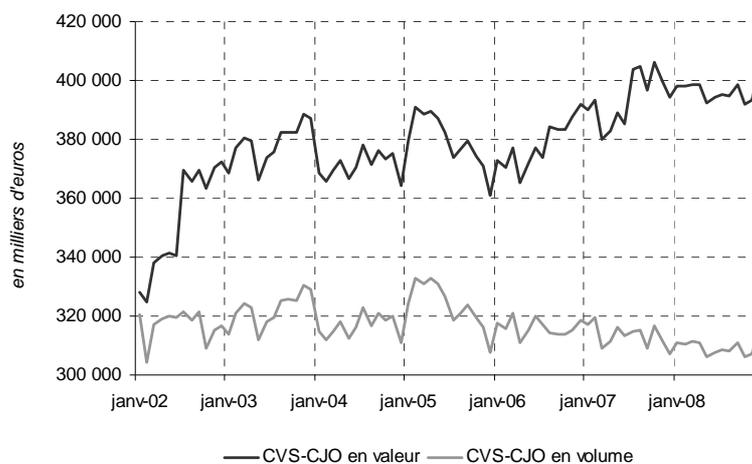
RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2007	2008	Évolution	Contrib. à la croissance
Soins de ville	55 142	56 514	2,5%	100,0%
Honoraires libéraux	25 766	26 529	3,0%	55,6%
<i>dont</i>				
Honoraires privés	15 163	15 522	2,4%	26,2%
généralistes	4 914	4 997	1,7%	6,0%
spécialistes	7 640	7 882	3,2%	17,6%
sages-femmes	101	108	7,9%	0,6%
dentistes	2 508	2 534	1,1%	1,9%
Honoraires paramédicaux	5 549	5 851	5,4%	22,0%
infirmières	2 855	3 061	7,2%	15,0%
kinésithérapeutes	2 277	2 346	3,1%	5,1%
orthophonistes	377	402	6,7%	1,8%
orthoptistes	40	42	3,3%	0,1%
Laboratoires	2 678	2 690	0,5%	0,9%
Transports de malades	2 377	2 464	3,7%	6,4%
Autres dépenses	29 375	29 985	2,1%	44,4%
<i>dont</i>				
Médicaments	17 738	17 656	-0,5%	-5,9%
Dispositifs médicaux	3 257	3 546	8,9%	21,0%
Indemnités journalières	7 511	7 947	5,8%	31,8%
IJ maladie	5 385	5 697	5,8%	22,7%
<i>courtes (moins de 3 mois)</i>	3 190	3 382	6,0%	14,0%
<i>longues (plus de 3 mois)</i>	2 196	2 315	5,4%	8,7%
IJ AT	2 126	2 250	5,9%	9,1%

Note de lecture : les dépenses d'honoraires libéraux passent de 25,8 Md€ à 26,5 Md€ de 2007 à 2008, soit un taux de croissance de 3,0%. Compte tenu de la part de ces dépenses dans la consommation de soins de ville, cette évolution représente 55,6% de la croissance totale des soins de ville.

NB : les taux d'évolution sont calculés à champ courant et ne tiennent de ce fait pas compte du transfert d'une partie des dispositifs médicaux dans le budget des EHPAD. La progression à périmètre constant de ce poste a été de l'ordre de 13%. À périmètre constant, le taux de croissance des dépenses de soins de ville aurait été de 2,7% à 2,8%.

Source : calculs DSS, données CNAM (dépenses remboursées en date de soins au 28 février 2009).

Graphique 1 – Dépenses remboursées d'actes de médecine générale



Source : CNAM.

La plupart des prescriptions connaissent également une décélération

Les remboursements d'actes paramédicaux, en particulier d'actes de kinésithérapie, ralentissent au-delà de l'impact direct de la franchise

Les honoraires paramédicaux ont progressé de 5,4 % en 2008. Ils marquent ainsi une décélération par rapport à l'année précédente (+8,2 % en 2007), en lien avec la mise en place du dispositif de franchise au 1^{er} janvier 2008, qui s'applique aux actes paramédicaux, au transport de malades et aux boîtes de médicaments. Toutefois, l'effet direct de cette mesure (i.e. hors effet éventuel sur le comportement des assurés) n'explique qu'en partie ce ralentissement, puisque sa contribution au rythme d'évolution des dépenses est estimée à -1,7 point (voir fiche n° 10-6).

Pour le reste, ce sont essentiellement les remboursements d'actes de kinésithérapie qui contribuent à modérer l'évolution des dépenses paramédicales. Leur taux de croissance passe en effet de 7,4 % en 2007 à 3,1 % en 2008. Cet écart s'explique pour près de moitié par l'impact de la franchise et, pour environ un quart chacun, par un moindre effet prix¹ et par des volumes moins élevés qu'en 2007.

Les dépenses d'actes infirmiers connaissent également une progression moins soutenue en 2008 (+7,2 %, contre +9,4 % en 2007). L'impact de la franchise est estimé à -1,5 point. Le reste s'explique par une moindre croissance des volumes d'actes, compensée en partie par un effet prix plus élevé qu'en 2007².

Enfin, les remboursements d'actes d'orthophonie et d'orthoptie croissent respectivement de 6,7 % et de 3,3 % (+4,9 % et +5,0 % en 2007).

Des dépenses d'analyses médicales quasiment stables...

Après des taux de croissance supérieurs à 5 % au début de la décennie, les remboursements d'analyses médicales ont connu une évolution nettement moins soutenue depuis 2005, avec une progression annuelle située entre 1,3 % et 2,7 % sur la période 2005-2007. En 2008, ce poste a été quasiment stable en valeur (+0,5 %).

Cet infléchissement des dépenses résulte à la fois d'un ralentissement des volumes, qui progressent actuellement de 4 % à 5 % par an – soit pratiquement deux fois moins qu'entre 2000 et 2003 –, et d'un effet prix négatif depuis quelques années. La croissance quasi nulle des dépenses en 2008 est liée aux mesures prises dans le cadre de la procédure d'alerte, à savoir le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 euro et la baisse de cotation pour une cinquantaine d'actes ; ces mesures ont plus que compensé la légère accélération des volumes observée fin 2008.

... une progression des volumes de transport ralentie

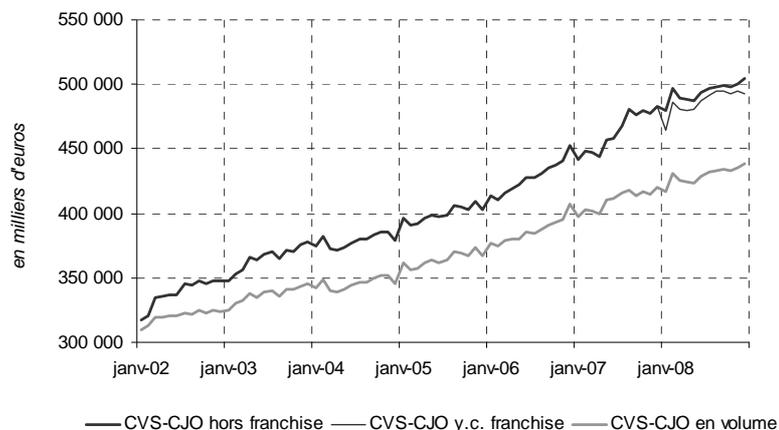
Les frais de transport sanitaire ont connu une forte croissance annuelle entre 1998 et 2006, jamais inférieure à 7 %. Les dépenses se sont infléchies en 2007, avec un taux de croissance de 5,1 %. Cette inflexion s'est poursuivie en 2008 et s'est traduite par une augmentation de 3,7 % en valeur et de seulement 2,6 % en volume.

La mise en place de la franchise contribue pour environ -0,7 point à cette modération. Le ralentissement des dépenses par rapport aux années précédentes, qui concerne tous les types de transport, était déjà entamé en 2007 et est par conséquent imputable à d'autres facteurs. La mise en place du référentiel de prescription, qui vise à assurer l'utilisation du mode de transport adéquat en fonction de l'état de santé du patient, a en particulier contribué

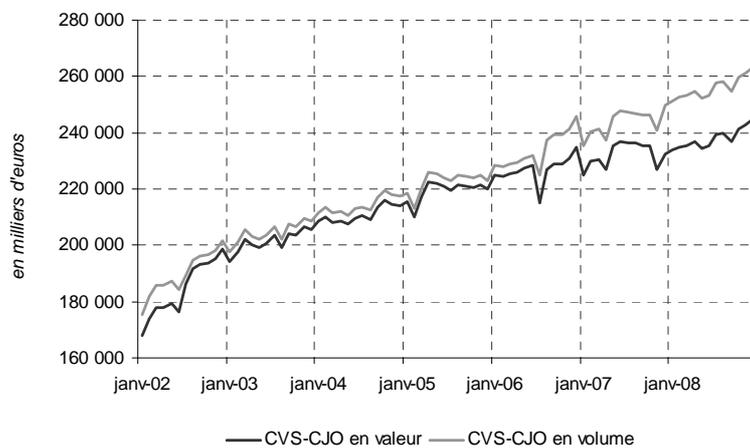
¹ Pour mémoire, les indemnités kilométriques des masseurs-kinésithérapeutes avaient été revalorisées en avril 2006, les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en juillet 2006 et les actes de rééducation ostéo-articulaire ou rachidienne en juillet 2007. Les deux premières mesures n'ont donc pas d'impact sur le taux d'évolution observé de 2007 à 2008.

² Plusieurs revalorisations d'actes infirmiers sont intervenues en juillet 2007 (lettres clé AMI, AIS, forfait de déplacement, majoration de dimanche...).

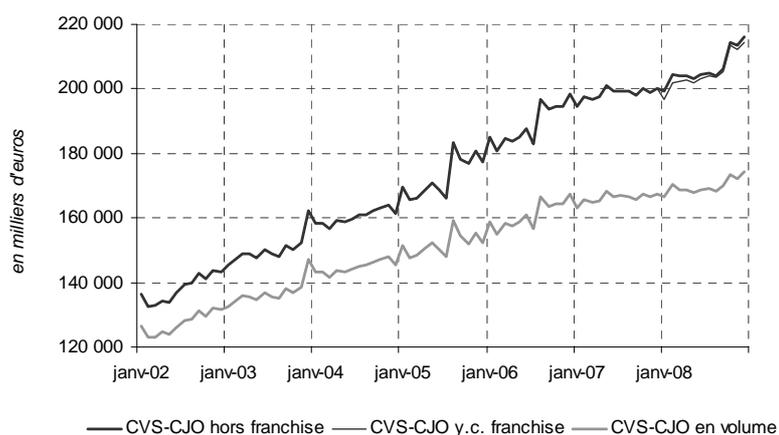
Graphique 2 – Dépenses remboursées d’actes paramédicaux



Graphique 3 – Dépenses remboursées d’analyses médicales



Graphique 4 – Dépenses remboursées de transport sanitaire



Source : CNAM.

à cette décélération. Ainsi, les efforts de maîtrise médicalisée ont permis selon la CNAM des économies pour environ 100 M€ en 2008.

La mise en place de la franchise a une forte incidence sur la progression des dépenses de produits de santé

Les remboursements de médicaments et de dispositifs médicaux ont connu un net ralentissement en 2008 (+1,0 %, contre +5,4 % en 2007).

Cette évolution s'explique en premier lieu par la mise en place du dispositif de franchise (voir fiche n° 10-6). Les dépenses de médicaments ont en effet connu pour la première fois une évolution négative, avec un taux de croissance de -0,5 % (+4,5 % en 2007), l'impact direct de la franchise étant estimé à -3,6 points. Par ailleurs, de même que pour les actes paramédicaux, la consommation de médicaments semble ralentir en volume. Cependant, il est à ce stade difficile de relier cette évolution à un éventuel changement de comportement de la part des assurés suite à l'instauration de ce dispositif.

Les dépenses de dispositifs médicaux connaissent également une décélération (+8,9 %, contre +11,1 % en 2007), en lien avec la réintégration de nombreux équipements dans le forfait soins des EHPAD à compter du 1^{er} août 2008. Toutefois, ce transfert a conduit les établissements à anticiper certaines dépenses alors qu'elles relevaient encore des soins de ville, en particulier celles afférentes à l'achat de lits médicaux. Compte tenu de ce phénomène, la progression à champ constant de ce poste a été de l'ordre de 13 %.

Les dépenses d'indemnités journalières ont de nouveau accéléré

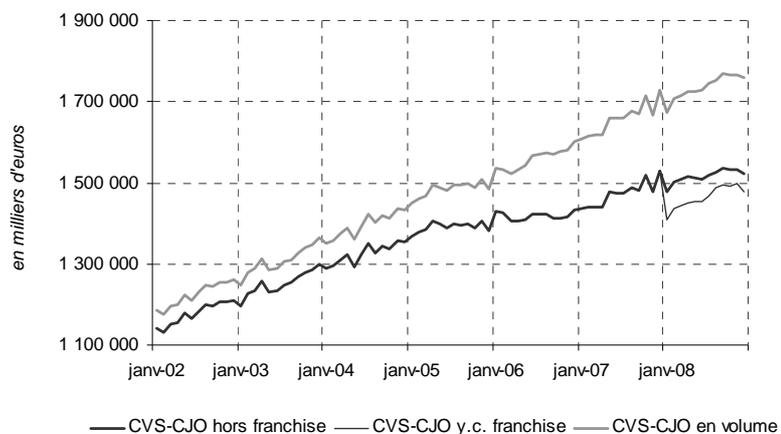
Après un net infléchissement entre la mi-2003 et le début de l'année 2006, les prescriptions d'indemnités journalières (IJ) sont reparties à la hausse vers la mi-2006. Leur croissance a ainsi été de 3,8 % en 2007, contre -0,8 % en moyenne annuelle les trois années précédentes¹. Cette reprise s'est sensiblement accélérée en 2008, avec un taux d'augmentation de 5,8 %. Compte tenu de l'importance de ces dépenses dans la consommation de soins de ville (14 %), cette progression a représenté près du tiers de leur croissance totale en 2008.

Par rapport à 2007, l'accélération porte principalement sur les IJ maladie et s'explique par l'augmentation du nombre de jours d'arrêt de travail. En effet, la croissance des arrêts de moins de 3 mois se confirme (+6,0 %, contre +4,9 % en 2007, dont près de 1 point d'effet volume en plus) alors que ceux de plus de 3 mois reviennent à une tendance haussière (+5,4 %, contre +0,1 % en 2007, dont près de 5 points d'effet volume en plus). Selon la CNAM, ce sont les arrêts de plus de 45 jours qui contribuent pour l'essentiel à la croissance des masses versées. De fait, ils représentent trois quarts des dépenses totales, progressent plus vite que les autres arrêts et ont une durée qui augmente.

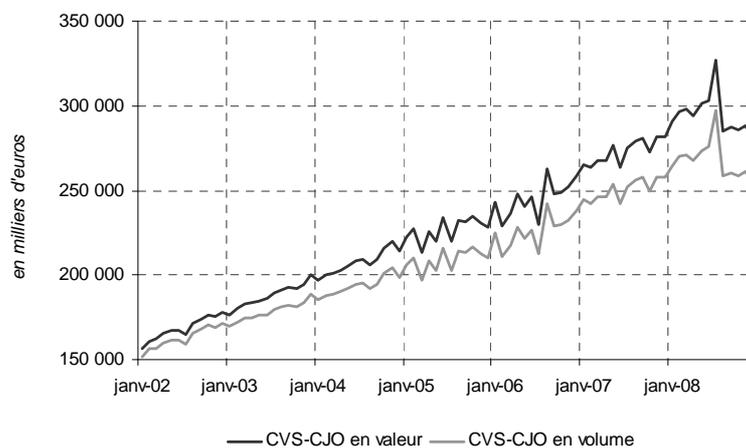
Les dépenses d'IJ accidents du travail continuent quant à elles de croître à un rythme de l'ordre de 6 %. Leur progression a en effet été de 5,9 % en 2008, comparable à celle de l'année précédente (+6,2 % en 2007).

¹ Les taux d'évolution présentés ici sont calculés sur données brutes et diffèrent donc légèrement de ceux présentés dans la fiche n° 10-8, calculés sur données CVS-CJO.

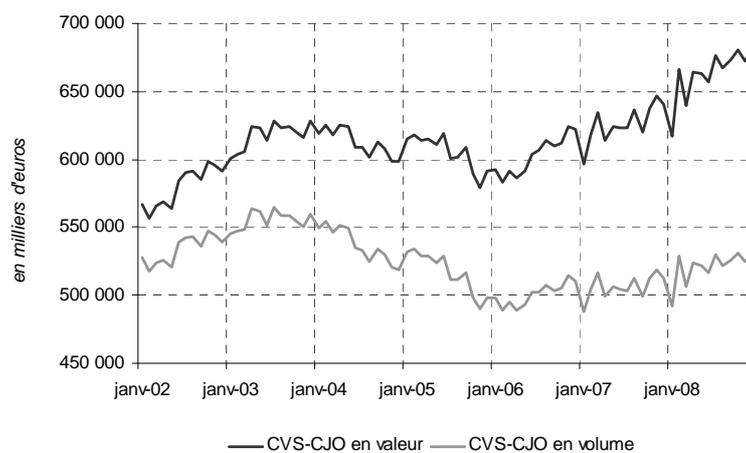
Graphique 5 – Dépenses remboursées de médicaments



Graphique 6 – Dépenses remboursées de dispositifs médicaux



Graphique 7 – Dépenses remboursées d'indemnités journalières



Source : CNAM.

9-4

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

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

Les indemnités journalières maternité et paternité ont été très dynamiques en 2008

Les indemnités journalières maternité et paternité ont respectivement progressé de 5,1 % et 6,7 % en 2008, après des hausses de 1,4 % et 3,6 % en 2007. Cette augmentation est due à la fois à la hausse des salaires en 2008 ainsi qu'à celle du nombre de naissances. D'après l'INSEE, il y a eu 17 500 naissances supplémentaires par rapport à 2007 (après une baisse de 13 800 en 2007). Comme observé chaque année, les IJ paternité poursuivent leur montée en charge et restent plus dynamiques que les IJ maternité.

Pour 2009, la prévision retient l'hypothèse d'une progression des salaires moins forte qu'en 2008, d'une stabilité de la natalité au niveau de 2006 (-0,5 % France entière) et d'une progression des IJ paternité toujours plus rapide que celle des IJ maternité. Ainsi, leur croissance serait respectivement de 1,0 % et de 2,6 %.

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

	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Total	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 790	5,3%	2 822	1,1%
dont IJ maternité	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 572	5,1%	2 598	1,0%
dont IJ paternité	197	5,2%	204	3,6%	218	6,7%	224	2,6%

En millions d'euros

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

Les prestations d'assurance décès sont en léger recul

En 2008, les prestations d'assurance décès se sont élevées à 160,7 M€ en légère hausse par rapport à 2007 (+1,8 %) alors que les années précédentes enregistraient des baisses de l'ordre de 1 %.

En 2009 la prévision retient des prestations en hausse de 1 % par rapport à 2008.

La décélération des pensions d'invalidité s'est confirmée en 2008

La progression des pensions d'invalidité a fortement ralenti en 2008, passant de 3 % en 2007 à 0,9 % en 2008. En effet, la progression en volume ne cesse de ralentir depuis 2005 pour devenir négative en 2008 (5,6 % en 2005 et -0,4 % en 2008).

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

En 2009, la progression en valeur des pensions d'invalidité serait de +1,3 %. Cette prévision repose sur l'hypothèse prudente d'une croissance nulle en volume ; seul l'effet revalorisation est pris en compte.

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

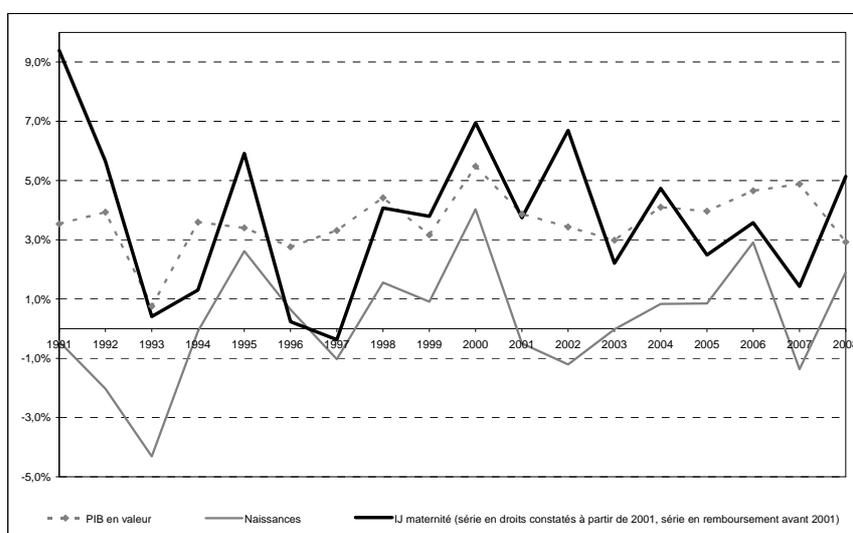


Tableau 3 – Les pensions d'invalidité (régime général)

En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	2009
Montants	4 072	4 269	4 398	4 435	4 492
Progression en valeur	7,7%	4,8%	3,0%	0,9%	1,3%
dont revalorisation	2,0%	1,8%	1,8%	1,3%	1,3%
dont effet volume	5,6%	3,0%	1,2%	-0,4%	0,0%

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

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

En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	2009
Montants	3 677	3 774	3 882	3 957	4 016
Progression en valeur	2,2%	2,7%	2,9%	1,9%	1,5%
dont revalorisation	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%
dont effet volume	0,2%	0,8%	1,0%	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					
	2005	2006	2007	2008	2009
au FCAATA	600	700	800	850	880
au FIVA	200	315	315	315	315
Total annuel	800	1 015	1 115	1 165	1 195
Total cumulé (*)	3 267	4 282	5 397	6 562	7 757

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

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

Ralentissement des prestations d'incapacité permanente en 2008 et 2009

La progression en volume des rentes d'incapacité permanente en AT-MP est restée modérée en 2008 (+0,6 % après +1 % en 2007). Avec une revalorisation de +1,4 % en moyenne annuelle, la croissance en valeur des rentes s'est établie à 1,9 % en 2008, contre 2,9 % en 2007. Pour 2009, la prévision retient l'hypothèse d'une quasi stabilité du volume des prestations d'incapacité permanente (+0,2 % par rapport à 2007). Avec une revalorisation de 1,3 % en 2009, le ralentissement observé en 2008 se poursuivrait et la croissance de ces prestations s'établirait à 1,5 % en 2009.

Moindre progression des charges liées au financement des fonds amiante (FCAATA et FIVA)

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 2008, les dotations de la branche AT-MP aux fonds amiante ont globalement progressé de 50 M€ (+50 M€ pour le FCAATA, stabilité pour le FIVA) pour atteindre 1,165 Md€. Compte tenu d'une progression de 30 M€ pour le FCAATA, elles s'élèveront à 1,195 Md€ en 2009.

Le solde du FCAATA se rapproche de l'équilibre

On observe un ralentissement des charges du fonds qui traduit la fin de la montée en charge du dispositif. Les dépenses du fonds ont augmenté de 1,2 % en 2008, après 5 % en 2007 et 11 % en 2006. Cette décélération s'explique par la stabilité des modes d'admission au dispositif (les listes d'établissements ouvrant droit au dispositif n'évoluent presque plus) et par la dynamique opposée des flux de bénéficiaires en entrée et en sortie. Le flux annuel de nouveaux allocataires poursuit la baisse entamée en 2003 (-1 % en 2008 après -5 % en 2007) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite progressent fortement (+28 % en 2008 après +11 % en 2007). En conséquence, la population d'allocataires s'est stabilisée en 2008 et la prévision fait l'hypothèse d'une contraction du stock moyen d'allocataires de 3 % en 2009, ce qui conduit à prévoir une diminution des charges de 1,9 % en 2009 (-3,3 % en volume, +1,3 % de revalorisation).

Par ailleurs, la dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la CNAM AT-MP qui constituent l'essentiel (93 %) de ses produits. Cette dotation est passée de 800 M€ en 2007 à 850 M€ en 2008 et atteindra 880 M€ en 2009. Les autres ressources, les droits sur la consommation des tabacs et la contribution due par les employeurs (au titre des salariés ou anciens salariés bénéficiaires de l'allocation), se sont respectivement élevées à 30 et 35 M€ en 2008¹. La contribution à la charge des entreprises a été supprimée par la LFSS pour 2009 car son recouvrement était difficile et source de nombreux contentieux². Globalement, les recettes se maintiendraient en 2009 à un niveau proche de celui de 2008. Les produits du fonds qui ont progressé de 6 % en 2008, devraient donc être presque stables en 2009 (-0,7 %).

En 2008, le fonds s'est encore rapproché de l'équilibre avec un déficit limité à 12 M€. En 2009, la diminution des effectifs d'allocataires compensant les effets de la revalorisation et les recettes du fonds étant presque stables, le fonds serait pratiquement à l'équilibre.

¹ Le moindre rendement de la contribution due par les employeurs en 2006 (23 M€) était dû à une régularisation comptable.

² Pour compenser cette perte de recette, la LFSS a augmenté de 30 M€ la dotation de la CNAM AT-MP

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

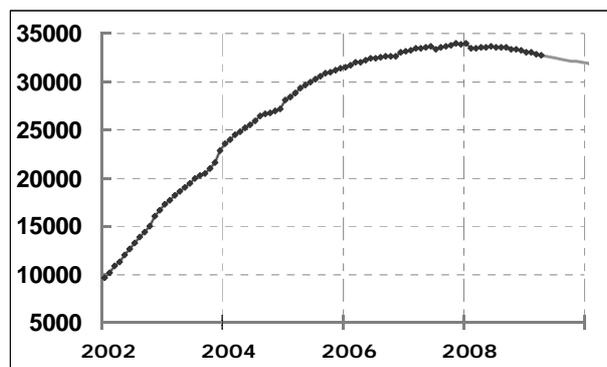
Les LFSS pour 1999, 2000 et 2001 ont mis en place un dispositif de cessation anticipée d'activité ouvert à partir de 50 ans aux salariés du régime général atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante,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

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

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

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

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



Source : CNAM-AT, statistiques arrêtées au 30/04/2009

Comptes du FCAATA

En millions d'euros							
FCAATA	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
CHARGES	872	918	5,3	929	1,2	911	-1,9
Charges gérées par la CNAM AT-MP	754	795	5,4	806	1,4	790	-2,0
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS) (1)	608	638	5,0	647	1,4	636	-1,7
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	134	144	7,3	146	1,8	142	-3,2
Charges de gestion des CRAM	12	13	5,1	13	1,2	13	-1,6
Charges gérées par la CDC	118	123	4,8	122	-0,7	121	-1,2
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	117	122	4,1	121	-0,7	121	0,2
IREC (AGIRC + ARRCO)	96	100	3,7	99	-1,0	99	0,7
IRCANTEC	1	1	13,3	1	12,1	1	-18,3
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	20	21	5,5	21	0,2	21	-1,3
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	1	2	++	2	-2,6	0	--
Charges financières CDC	0	0	-97,9	0	++	0	--
PRODUITS	753	862	14,5	916	6,3	910	-0,7
Contribution de la CNAM AT-MP	700	800	14,3	850	6,3	880	3,5
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0		0		0	-
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32	29	-8,2	30	3,1	30	-2,3
Produits financiers CDC	1	0	-23,3	1	46,7	1	0,0
Contribution employeurs	21	33	57,4	35	8,6	0	--
Résultat net	-118	-56		-12		-1	
Résultat cumulé depuis 2000 (2)	-204	-260		-272		-273	

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

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

Les dépenses du FIVA sont toujours en forte progression

Les dépenses d'indemnisation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ont fortement progressé en 2008 (+19 %) pour s'établir à 416 M€, dont 21,8 M€ de provisions (offres d'indemnisation proposées aux victimes et non encore acceptées¹). Trois postes expliquent cette évolution :

- les dépenses correspondant aux offres formulées par le FIVA et acceptées en 2008 sont passées de 201 M€ en 2007 à 224 M€ (+11,5 %) ;
- le montant des offres formulées les années antérieures à 2008 mais acceptées en 2008 a nettement augmenté (+62,5 %), passant de 57,5 M€ à 93,4 M€ ;
- enfin, les compléments versés suite à des décisions de cour d'appel ont également fortement progressé passant de 27,1 M€ à 44,7 M€ (soit environ +65 %).

Malgré cette forte activité, le stock de dossiers en cours de traitement par le fonds est encore très important. Selon les dernières données fournies par le fonds, au moins 16 000 dossiers (un dossier peut concerner plusieurs personnes en cas d'ayants droit) seraient en attente au FIVA début avril 2009. Afin d'apurer le stock de dossiers en attente, les moyens du fonds en personnel sont en cours de renforcement.

Dans ce contexte, les dépenses d'indemnisation du fonds devraient progresser en 2009 d'environ 18 % pour approcher les 500 M€. Un déficit important (-100 M€) devrait donc être constaté en 2009, financé par un prélèvement sur le fonds de roulement conséquent du FIVA.

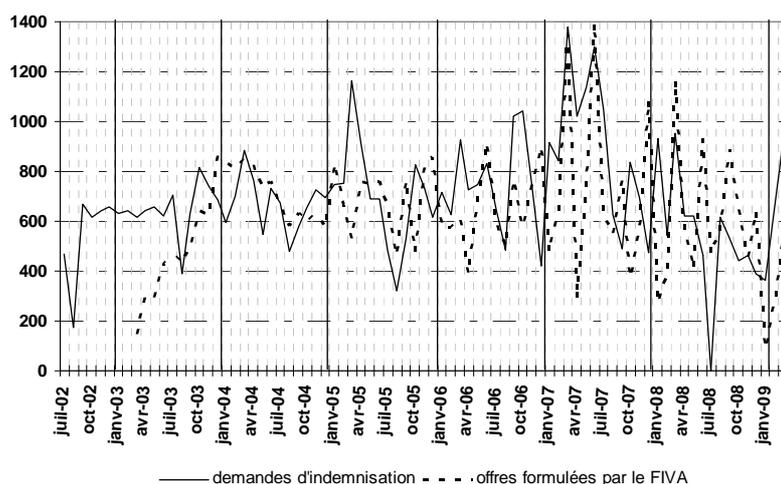
¹ La victime dispose d'un délai de deux mois pour accepter ou refuser l'offre d'indemnisation du FIVA.

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

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

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

Les personnes atteintes de maladies professionnelles ou de maladies spécifiques peuvent demander à recevoir du fonds des provisions (entendues comme des acomptes avant la fixation de l'indemnisation). Le fonds est un établissement public. Son premier conseil d'administration s'est réuni le 18 avril 2002. Le fonds est en état de fonctionnement depuis le 1^{er} juillet 2002. Il reçoit, enregistre des dossiers et verse des provisions aux demandeurs, selon le barème retenu pour les provisions. Le barème des indemnisations qui se décompose en deux parties, d'une part l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle de la victime (préjudice patrimonial ou économique) et d'autre part, les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels, a été publié en janvier 2003. Par décision du Conseil d'administration du FIVA le 22 avril 2008, la partie extrapatrimoniale du barème du fonds a été revalorisée de 8,7 % pour les dossiers parvenant au FIVA après le 1^{er} juin 2008.

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

Source : FIVA, statistiques arrêtées au 31/03/2009

Comptes du FIVA

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%
CHARGES	392	356	-9%	424	19%	500	18%
Indemnisations (dont provisions)	387	350	-10%	416	19%	491	18%
Autres charges	5	6	19%	8	27%	9	11%
PRODUITS	402	402	0%	419	4%	400	-5%
Contribution de la CNAM AT-MP	315	315	0%	315	0%	315	0%
Contribution de l'Etat	48	48	0%	47	-1%	47	0%
Autres produits (dont reprises sur provision)	40	39	-2%	57	45%	38	-33%
Résultat net	10	45	--	-6	--	-100	--
Résultat cumulé depuis 2001	261	306	17%	300	-2%	200	-33%

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

THÈME 10
ÉCLAIRAGES MALADIE

BILAN FINANCIER DE LA CCAM

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la classification commune des actes médicaux (CCAM) est la nouvelle nomenclature pour la facturation de la plupart des actes techniques médicaux et chirurgicaux¹. Elle s'est substituée à deux classifications : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CdAM)². L'un des objectifs affichés de la CCAM consiste à créer une nomenclature neutre favorisant l'équité des tarifs d'actes entre spécialités. Elle procède ainsi d'une refonte globale de la nomenclature descriptive en recensant, classant et codifiant plus de 7 600 actes différents sur une échelle unique.

Une convergence vers les tarifs-cibles CCAM en plusieurs étapes

La convention médicale, signée le 12 janvier 2005, a consacré la mise en place progressive de la CCAM à compter du 31 mars 2005. L'objectif était d'organiser progressivement la convergence vers des « tarifs-cibles ». Deux étapes de convergence ont d'ores et déjà été réalisées par avenants conventionnels entre les représentants syndicaux des professionnels médicaux et l'UNCAM.

La première phase de convergence de 2005 a été réalisée sur la base d'une enveloppe négociée de 180 M€ de dépenses remboursées en année pleine

La première étape de convergence a été élaborée lors du protocole du 25 février 2005. L'objectif portait sur un rééquilibrage initial des tarifs entre spécialités techniques pour un coût financier de 180 M€ (dépenses remboursées, année pleine) programmé par l'accord du 10 janvier 2003. Elle visait à affecter ce montant aux actes « gagnants » dont le tarif-cible CCAM était supérieur au tarif NGAP, ce qui a conduit à les revaloriser à hauteur du tiers de l'écart entre le tarif NGAP et le tarif-cible (hors radiologie, radiologie et cardiologie interventionnelles, médecine nucléaire et radiothérapie). En contrepartie, des mesures spécifiques ont été introduites pour certaines spécialités parmi les mieux placées dans la hiérarchie des revenus. Des baisses tarifaires ont été appliquées aux radiologues (-2 % pour les forfaits techniques de scanner et les IRM afin de tenir compte de la baisse des prix des équipements)³ ainsi qu'aux actes de médecine nucléaire (voir graphique 1). En revanche, les tarifs des actes « perdants » des autres spécialités ont été maintenus à la valeur du tarif NGAP (voir encadré 1). Par ailleurs, l'avenant 12, non prévu initialement, a créé et revalorisé certains actes ou majorations concernant des spécialités à dominante clinique qui restaient en dessous des spécialités techniques en termes de revenus⁴.

¹ Les actes techniques réalisés par les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les actes d'anatomo-cytopathologie, les pratiques thermales, la chimiothérapie anticancéreuse ainsi que les actes techniques communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes ou aux auxiliaires médicaux continuent d'être facturés en NGAP.

² La NGAP définissait les honoraires des praticiens du secteur libéral dans le cadre du paiement à l'acte. Le CdAM était utilisé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans tous les établissements publics et privés.

³ En 2005, le revenu libéral moyen des radiologues exerçant exclusivement en libéral s'élevait à 177 000€ soit 1,6 fois le revenu moyen de l'ensemble des spécialistes (appariement des données DGI-CNAMTS).

⁴ Parmi les spécialités cliniques réalisant moins de 30 % d'actes en CCAM, peuvent être citées : la dermatologie, l'oto-rhino-laryngologie, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation, l'allergologie, l'angiologie et l'endocrinologie.

Encadré 1 – Revalorisation transitoire des tarifs des actes en CCAM lors de la première phase de convergence en 2005

Pour la première étape de convergence, il était appliqué aux tarifs de référence (tarif NGAP) des actes concernés, une revalorisation proportionnelle au différentiel tarifaire de chacun de ces actes, selon le principe défini par la formule ci-dessous :

Tarif CCAM 2005 = tarif de référence NGAP+ (tarif CCAM – tarif de référence NGAP) x taux de revalorisation

avec un taux de revalorisation égal à 33 % pour les actes gagnants des spécialités hors radiologie, radiologie et cardiologie interventionnelles, médecine nucléaire et radiothérapie.

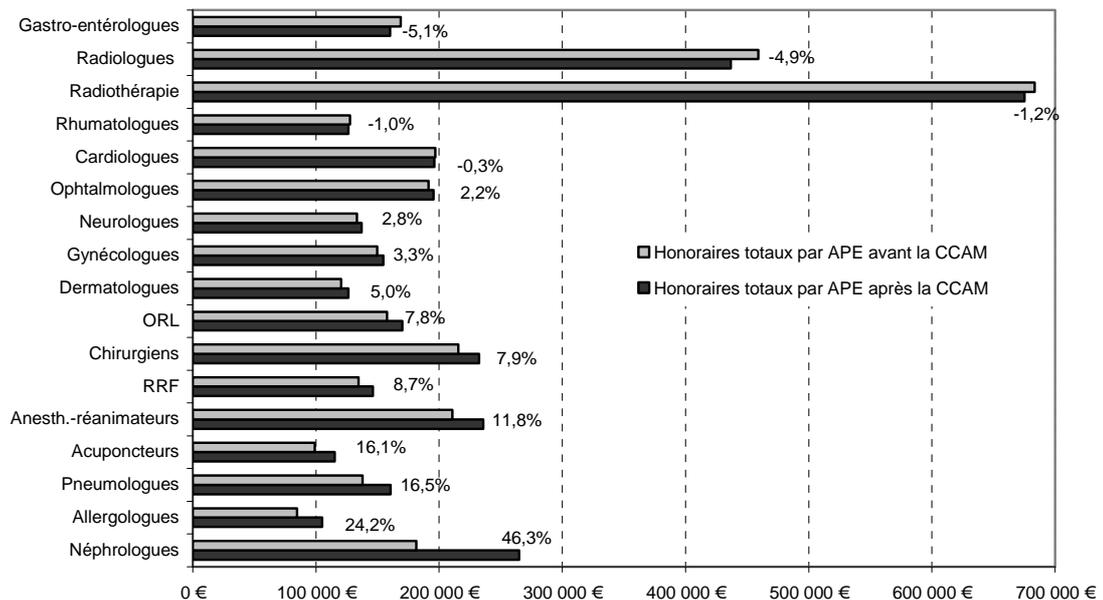
Les actes perdants avec les tarifs cibles ont été maintenus au tarif NGAP, sauf ceux de médecine nucléaire. Ainsi, un acte A dont la valeur cible CCAM est inférieure au tarif NGAP conserve comme tarif CCAM la valeur du tarif initialement coté en NGAP. Par contre, un acte B, dont la valeur cible CCAM était supérieure au tarif de référence NGAP a été revalorisé selon la formule précitée.

Intitulé CCAM	Acte "perdant" A	Acte "gagnant" B
Tarif NGAP	$KCC * 80 + KCC * 50/2 = 219,45 \text{ €}$	$KCC * 120 + KCC * 120/2 = 376,20 \text{ €}$
Valeur cible	158,81 €	569,32
Tarif CCAM 2005	219,45 €	$376,20 + (569,32 - 376,20) * 0,33 = 439,93 \text{ €}$

Exemples choisis : A correspond à l'évidement d'une épiphyse avec un comblement par arthrotomie

B correspond aux osthétomies multiples d'alignement avec abord des deux extrémités de plusieurs os longs homolatéraux par abord direct

Graphique 1 – Impact ex-ante de l'avenant 2 sur les honoraires totaux par APE en 2005 (en euros courants, année pleine) et évolution par rapport à 2004 (en %)



Source : calculs DSS ex-ante d'après données CNAM-SNIR-PS 2004. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » néphrologie, l'application de la CCAM V2 à taux plein aurait conduit à une augmentation de 46,3 % des honoraires annuels totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés en moyenne à 265 000€ en 2005.

Les actes d'anesthésie-réanimation ainsi que les échographies obstétricales ont été revalorisés. De même, les néphrologues ont vu leurs honoraires augmenter de +46 %, les allergologues de +24 %, les acupuncteurs et les pneumologues de +16 % (ces trois dernières professions ont des revenus nets inférieurs à la moyenne des spécialistes). Enfin, conformément à l'accord du 24 août 2004, des majorations dites transitoires ont été accordées pour les actes de chirurgie non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd (+6,5 %) ainsi que pour les chirurgiens en secteur 1 avec dépassement permanent ou en secteur 2 ayant choisi l'option de coordination¹ (+11,5 %).

Le réajustement tarifaire entre spécialités envisagé dans la deuxième phase de convergence a été accéléré par les mesures du comité d'alerte de 2007

Sur la période 2007-2008, le réajustement des tarifs entre spécialités gagnantes et perdantes initié lors de la première étape de convergence s'est prolongé au cours d'une deuxième phase. En particulier, l'avenant 23 a engendré une revalorisation des actes gagnants hors radiologie, médecine nucléaire, cardiologie et radiologie interventionnelles et radiothérapie de +15 % de l'écart entre tarif de référence et tarif cible en septembre 2007 et de +10 % en janvier 2008 de certains actes de spécialités telles que la néphrologie, l'ophtalmologie et la gynécologie ainsi que les échographies de la grossesse. À l'inverse, les actes de cardiologie interventionnelle, de médecine nucléaire, les forfaits techniques de radiologie et le tarif de supplément de numérisation ont subi une baisse tarifaire (voir graphique 2). Par ailleurs, des mesures de redressement des dépenses d'assurance maladie (avenant 24) ont été prises suite au déclenchement de la procédure d'alerte en 2007. Une baisse des forfaits techniques de radiologie et trois vagues successives² de baisse tarifaire des suppléments de numérisation sont intervenues conduisant à un poids des actes de radiologie et des forfaits techniques (scanners, IRM) réduit au sein des actes de la CCAM.

Une dernière phase de convergence devrait permettre de finaliser l'atteinte des tarifs-cibles CCAM.

Le coût financier des deux premières étapes de convergence est estimé à 214 millions d'euros en dépenses remboursées et en année pleine

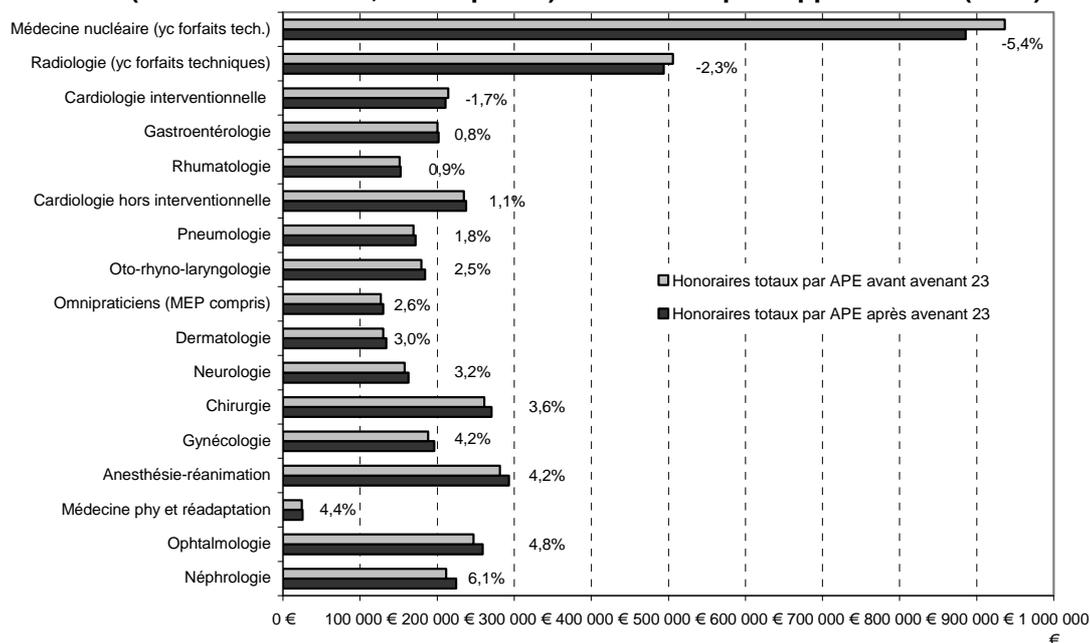
Le coût de la première phase de convergence s'est élevé à 180 M€ (avenant 2) auquel s'ajoutent 26 M€ (avenants 7 et 12) en dépenses remboursées. Les dépenses engagées lors de la deuxième vague de convergence (73 M€ en remboursé) ont été limitées par des mesures prises dans le cadre du comité d'alerte (-65 M€ en remboursé). Au final, depuis l'application progressive des tarifs CCAM, l'impact financier pour l'assurance maladie obligatoire est évalué à 214 M€ en dépenses remboursées et en année pleine (voir tableau 2).

À l'issue de ces deux premières phases, certaines spécialités ont globalement fait l'objet de baisses tarifaires : médecine nucléaire, radiologie, cardiologie et radiologie interventionnelles. En particulier, les radiologues qui restent les mieux placés dans la hiérarchie des revenus se sont vus appliquer des baisses de tarifs dans le cadre de la mise en œuvre de la CCAM. Celles-ci ont été en partie compensées par la mise en place du supplément pour archivage numérique des images radiologiques. À l'inverse, les spécialités majoritairement gagnantes sont la chirurgie, l'anesthésie, la cardiologie non interventionnelle, la dermatologie, la gastroentérologie, la gynécologie, la médecine physique et de réadaptation, la néphrologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pneumologie et la rhumatologie.

¹ Ces mesures ont aussi été appliquées aux actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice ainsi qu'aux actes de chirurgie réparatrice par lambeaux communs à plusieurs spécialités.

² La troisième vague est intervenue en 2009 mais avait été programmée en 2007.

Graphique 2 – Impact ex-ante de l'avenant 23 sur les honoraires totaux par APE en 2008 (en euros courants, année pleine) et évolution par rapport à 2007 (en %)



Source : Données CNAM – SNIIRAM et Calcul DSS d'après SNIR-PS 2007. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » anesthésie-réanimation, l'application de la CCAM V6 en année à taux plein aurait conduit à une augmentation de 4,2 % des honoraires totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés à 294 400€ en 2008. À l'inverse, la médecine nucléaire aurait enregistré une diminution de ses honoraires annuels moyens de -5,4 % sur la période pour s'établir à 885 800€.

Tableau 2 – Bilan des deux premières phases de convergence de la CCAM

	Date de publication au JO	Impact AMO en année pleine et en remboursé	Types de mesures
1ère phase de convergence		+180M€	
Avenant 2	JO du 30 mars 2005	180M€ dont 54M€	valorisation des actes techniques à hauteur du tiers de la valeur de leur tarif cible CCAM revalorisation spécifique des actes d'anesthésie et d'échographie obstétricale baisse de tarif des forfaits techniques (scanner, IRM) et de médecine nucléaire protocole d'accord chirurgiens (majoration provisoire J et K prenant la forme de modificateurs avec l'entrée en vigueur de la CCAM)
Mesures tarifaires en sus de la 1ère phase		+26M€	
Avenant 7	JO du 26 août 2005	4M€	modifications de certains tarifs des actes de la CCAM précisés dans l'avenant 2 et qui sont appliqués au 1er septembre 2005
Avenant 12	JO du 23 mars 2006	22M€	revalorisation de certains actes CCAM
2e phase de convergence		+73M€	
Avenant 23	JO du 2 mai 2007	135M€ -62M€	revalorisation de +15% en septembre 2007 et de +10% en janvier 2008 de l'écart entre tarif cible et tarif de référence de certaines spécialités (échographie...) baisse de tarif de certains actes supplément de numérisation, actes de cardiologie interventionnelle et de médecine nucléaire
Baisses tarifaires liées au comité d'alerte de 2007		-65M€	
Avenant 24	JO du 10 septembre 2007	-65M€	baisse de forfaits techniques et suppléments numérisation
TOTAL impact CCAM à juin 2008		+214M€	

Source : DSS d'après données CNAM

LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX

Afin d'inciter les médecins à adhérer au secteur conventionnel, un système de prise en charge partielle par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales a été mis en place aux débuts de la V^e République, en 1960. D'abord réservé aux médecins, ce dispositif a été élargi à d'autres professionnels de santé pour atteindre désormais près de 2 Md€ de charges. Ce poste est intégré à l'ONDAM depuis 2006 et en représente 1,2 % en 2008.

Une dépense non négligeable de près de 2 Md€ pour l'assurance maladie

La prise en charge concerne essentiellement les cotisations maladie

En 2008, le coût de la prise en charge est de 1,88 Md€, dont 1,2 Md€ au titre des cotisations maladie prises en charge (voir graphique 1). Le poids de celles-ci s'explique aisément étant donné le taux de prise en charge et le champ des professions concernées (voir tableau 1). La prise en charge des cotisations au régime ASV (avantage social vieillesse) constitue le deuxième poste (380 M€). Son montant a fortement augmenté en 2008, de 50 M€, avec la réforme du régime ASV (voir encadré 1) qui se poursuit en 2009. La prise en charge des cotisations famille des médecins de secteur 1 s'élève à 280 M€ ; celle de la participation au MICA des médecins¹ est de 20 M€.

La prise en charge représente une part significative du revenu des médecins

La prise en charge par l'assurance maladie est particulièrement importante pour les médecins : pour les généralistes de secteur 1, elle représente plus de 18 % du revenu conventionnel en 2007 et près de 14 % pour les spécialistes de secteur 1 (voir graphique 2). La prise en charge des cotisations famille, réservée aux médecins, et le différentiel de forfait ASV expliquent largement l'écart avec les autres professions.

Pour les auxiliaires médicaux, cet avantage varie entre 8,2 % du revenu conventionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes et 10,3 % pour les pédicures. Pour les sages-femmes, il représente 9,4 % du revenu conventionnel.

L'avantage est moindre pour les dentistes (7,1 %). En 2007, les revenus issus des dépassements ont été sortis de l'assiette de prise en charge, or ils représentaient cette même année environ 48 % du revenu libéral de cette profession.

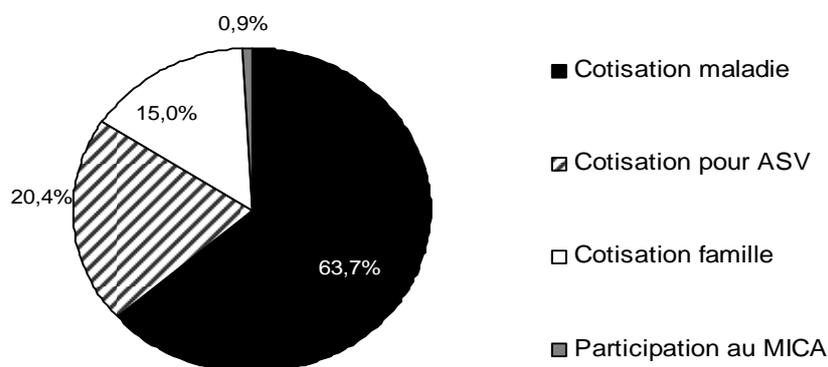
Dans un contexte démographique stable, la prise en charge évolue en fonction des revenus et des modifications apportées depuis 2007

De 2003 à 2006, la démographie des professions concernées augmente de manière régulière (entre 1,5 % et 2% par an de 2003 à 2008), y compris celle des médecins de secteur 1 (entre 0,1 % et 0,5 % par an). Ce facteur n'a donc joué que marginalement², par rapport à l'évolution des revenus et à la mise en place de réformes, dans l'évolution récente des montants de prises en charge. Dans les prochaines années, la baisse des effectifs devrait contribuer à modérer l'évolution de ce poste.

¹ En 1988 a été créé le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) des médecins. Il est financé par les cotisations des médecins. L'accès à ce dispositif est fermé depuis 2003, mais un besoin de financement subsiste au titre des médecins entrés avant 2003.

² L'interprétation de l'évolution du coût total pour l'assurance maladie entre 2002 et 2003 doit prendre en compte un effet de champ. En effet, 2003 est l'année qui a vu le retour des médecins spécialistes dans le régime des PAM.

Graphique 1 – Répartition, par type de cotisation, de la prise en charge par l'assurance maladie en 2008



Source : traitements DSS à partir des données comptables des régimes.

Tableau 1 – Modalités de prises en charge en 2007

Type de cotisation	Répartition de la prise en charge		Revenu servant au calcul	Professions concernées
Cotisation maladie	Professionnel	0,11%	Revenu <i>n-2</i>	Médecins de secteur 1, sages-femmes, chirurgiens dentistes et auxiliaires médicaux
	Assurance maladie	9,70%		
Cotisation famille	Professionnel	0,4% sous plafond, 2,5% au-dessus du plafond	Revenu <i>n-1</i>	Médecins de secteur 1
	Assurance maladie	5% sous plafond, 2,9% au-dessus du plafond		
Cotisation au régime ASV	Professionnel	1/3 du forfait correspondant à la profession	Montant forfaitaire (voir encadré 1)	Médecins de secteur 1, sages-femmes, chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire
	Assurance maladie	2/3 du forfait correspondant à la profession		
Participation au MICA	Professionnel	0,205%	Revenu <i>n-2</i>	Médecins tous secteurs confondus
	Assurance maladie	68,5% de 0,397% de l'assiette		

Remarque : Le revenu constituant l'assiette est le revenu conventionnel imposable. La part prise en charge par l'assurance maladie n'intègre pas les revenus liés aux dépassements d'honoraires (voir encadré 2).

Encadré 1 – Cotisations au régime ASV

L'ASV est un régime de retraite complémentaire obligatoire des professionnels de santé. La cotisation à ce régime est forfaitaire, mais varie selon la profession : les médecins payent une cotisation forfaitaire annuelle de 3960 €, les sages-femmes de 687 €, les chirurgiens-dentistes de 3150 €, les auxiliaires médicaux de 223 € et les directeurs de laboratoire pharmaciens de 345 €. Pour les médecins de secteur 1 et tous les autres professionnels de santé, l'assurance maladie prend en charge 2/3 de ces cotisations forfaitaires.

Au cours de l'année 2006, le financement de l'ASV a été réformé pour faire face à l'écart croissant entre les prestations versées et les recettes : les forfaits de certaines professions ont été rehaussés et complétés par une cotisation additionnelle proportionnelle au revenu. Le tableau ci-dessous récapitule pour les années 2007, 2008 et 2009 les cotisations que devront payer les différents professionnels de santé avant participation de l'assurance maladie. Il a été convenu que 50% de la cotisation proportionnelle au revenu sera prise en charge par l'assurance maladie.

	2007		2008		2009	
	Cotisation forfaitaire	Cotisation proportionnelle au revenu	Cotisation forfaitaire	Cotisation proportionnelle au revenu	Cotisation forfaitaire	Cotisation proportionnelle au revenu
Médecin	3 780 €	-	3 960 €	-	3 960 €	-
Sage-femme	687 €	-	687 €	-	687 €	-
Chirurgien dentiste	3 150 €	-	3 600 €	0,75%	3 900 €	0,75%
Auxiliaires médicaux	231 €	-	400 €	-	460 €	-
Directeur de laboratoire pharmacien	605 €	-	1 080 €	0,30%	1 296 €	0,30%

De 2003 à 2006, l'évolution du coût de la prise en charge est surtout liée à celle des revenus antérieurs

L'évolution du coût total des prises en charge est avant tout fortement contingente à celle du coût des cotisations maladie. En effet, ces dernières représentent plus de 63 % des prises en charge supportées par l'assurance maladie sur la période 2002-2008.

De 2003 à 2006, le coût total pour l'assurance maladie augmente de 5 % en moyenne par an (voir graphique 3). Jusqu'en 2005, il est tiré à la hausse par une augmentation de 11 % en moyenne annuelle de la prise en charge des cotisations maladie du fait de l'augmentation des revenus moyens déclarés deux ans auparavant. En effet, entre 2001 et 2003, les revenus des omnipraticiens de secteur 1 et des infirmières augmentent très significativement, de l'ordre de 10 % par an. Il en va de même pour ceux des spécialistes de secteur 1 entre 2001 et 2004 (5,3 % par an). La baisse exceptionnelle du revenu moyen des omnipraticiens entre 2003 et 2004¹ contrebalance la hausse du revenu des autres professions et freine l'augmentation des cotisations maladie prises en charge (+2 % entre 2005 et 2006).

Cette même baisse a affecté les cotisations famille en 2005 car ce sont les revenus de l'année précédente qui leur servent d'assiette. Le coût pour l'assurance maladie des cotisations famille baisse ainsi de 2 % en 2005, alors qu'il avait augmenté de 4,5 % entre 2003 et 2004 (4,5 %), suite à la hausse du revenu des médecins de 2003. En 2006, ce coût repart à la hausse (2,8 %) avec celle du revenu des médecins de secteur 1 en 2005.

La moindre participation de l'assurance maladie au MICA limite la hausse du coût total pour l'assurance maladie entre 2003 et 2006. La fermeture du dispositif en 2003 s'est accompagnée d'un moindre besoin de financement qui se traduit *in fine* par une baisse des cotisations.

En 2007 et 2008, le coût total subit les effets des mesures mises en œuvre

En 2007, le coût total de la prise en charge diminue nettement : il passe de 2,08 Md€ à 1,86 Md€. La baisse est essentiellement imputable à celle des prises en charge de cotisations maladie (voir graphique 3). Pour l'année 2007, une grande partie de cette baisse est liée au changement d'assiette pour les dentistes (voir encadré 2). En effet, près de 50 % de leur revenu conventionnel est alors sorti du champ de la prise en charge, représentant un montant de 140 M€ pour l'assurance maladie, en contrepartie de revalorisations tarifaires.

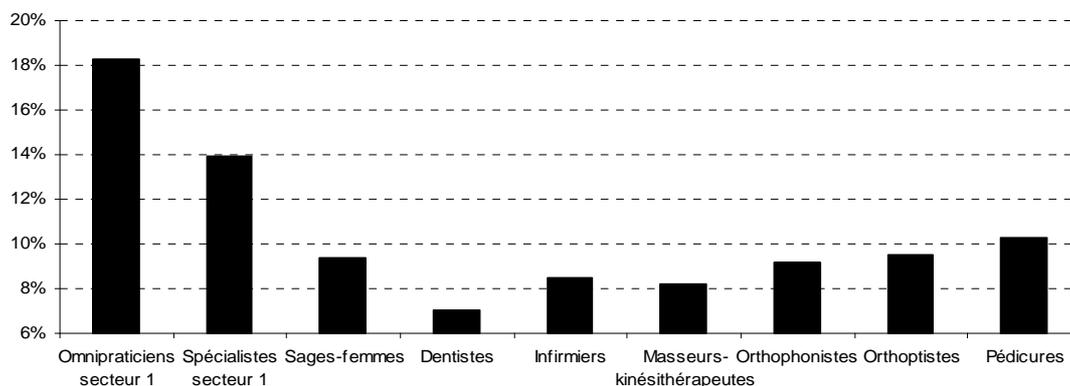
En 2008, le coût total des prises en charge croît de 0,9%. Cette hausse procède pour partie d'une augmentation des cotisations à l'ASV (voir encadré 1) et d'une hausse des cotisations famille des médecins de secteur 1 liée à l'augmentation de l'assiette sous-jacente. Par ailleurs, la hausse du coût est limitée par une baisse des cotisations maladie qui semble être due à une réalisation tardive, pour certaines URSSAF, du dernier appel à cotisation. La charge correspondante serait alors déportée dans les comptes 2009.

En 2009, de nombreux événements viennent perturber le lien entre l'assiette et le coût de la prise en charge

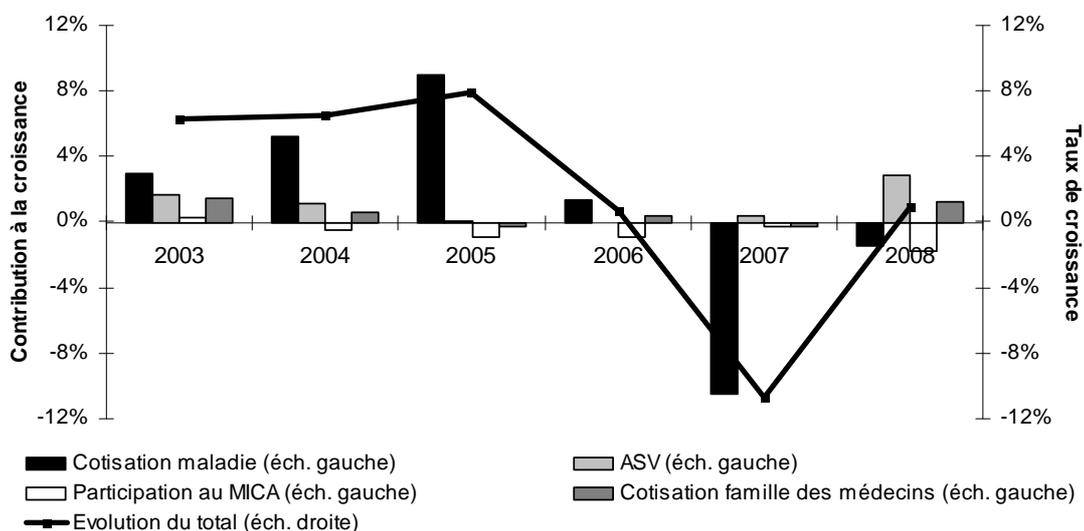
De manière pérenne, le champ des cotisations famille a été élargi aux infirmières exerçant en zones sous dense, dans le cadre de l'avenant n° 1 à la convention infirmière de 2007. La prise en charge sera totale en 2009 et équivaldra à 2700 € en moyenne de charges supplémentaire par infirmière. Par ailleurs la réforme de l'ASV se poursuit.

Mais la baisse exceptionnelle des taux de prise en charge des cotisations maladie pour les dentistes pourrait neutraliser la hausse du coût total des cotisations en 2009.

¹ En 2004, le revenu imposable des omnipraticiens baisse du fait de la conjonction de 3 facteurs : absence de revalorisation tarifaire, baisse de 1,7 % du volume d'activité individuel et augmentation des charges sociales découlant de la forte augmentation de leur revenu en 2002.

Graphique 2 – La prise en charge rapportée aux revenus en 2007

Source : traitements DSS, sur données comptables pour les prises en charges de cotisations, DREES pour les revenus des médecins et caisses de retraites pour les revenus des autres professions.

Graphique 3. Evolution du coût total et contribution de chaque poste

Note de lecture : En 2006, le coût total augmente de 0,7 % ; les cotisations maladie contribuent pour 1,3 point à cette augmentation, les cotisations famille pour 0,4 point et les cotisations au MICA pour -1 point.

Encadré 2. Changements d'assiette de prise en charge des cotisations sociales

Jusqu'en 2005, la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels de santé proportionnelles au revenu avait pour assiette les revenus conventionnels imposables.

À partir de 2005, l'assiette de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie s'est peu à peu modifiée suite à la signature d'accords conventionnels entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs.

Ainsi dès 2005, les cotisations maladie des médecins furent prises en charge sur la base de leurs revenus hors dépassements de n-2 et les cotisations famille sur la base de leurs revenus hors dépassements de n-1.

Un changement d'assiette similaire est entré en vigueur en 2007 pour les chirurgiens dentistes, en 2008 pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes et en 2009 pour les orthoptistes et les podologues.

ÉTAT DES LIEUX DES COMPTES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'analyse porte sur les établissements antérieurement financés par la dotation globale (ex-DG), à savoir les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif.¹

Le déficit des établissements ex-DG s'est creusé en 2007

En 2007, le déficit cumulé du compte de résultat global des établissements de santé ex-DG s'est élevé à 525 M€ (voir tableau 1), soit 0,75 % des recettes des établissements. Le déficit a plus que doublé par rapport à 2006 où il s'élevait à 233 M€. Si l'on considère uniquement le compte de résultat principal, relatif aux activités de soins couvertes par les établissements sanitaires (i.e. hors comptes de résultats annexes des unités de soins de longue durée, des instituts de formation des infirmiers, patrimoine immobilier...), le déficit atteint 716 M€ soit 1,1 % des recettes. Ce montant s'est avéré supérieur de 11 % à celui prévu en début d'exercice lors de l'élaboration des états prévisionnels des recettes et dépenses (EPRD)².

L'année 2007 a été marquée par la modification du calcul de la part prise en charge par l'assurance maladie³. Cette refonte implique désormais la transmission de données individuelles par les établissements pour le paiement par l'assurance maladie. Or, pour des raisons techniques, certaines de ces transmissions n'ont pu être effectuées, pesant ainsi sur les recettes des établissements.

Les établissements déficitaires sont surtout les plus grands

En 2007, si plus de la moitié des établissements (56 %) affichent un résultat excédentaire (voir graphique 1) pour un montant global de 245 M€, les établissements déficitaires concentrent un déficit total plus important (962 M€) pour un déficit moyen par établissement de près d'1,5 M€. Les déficits concernent surtout les gros établissements à savoir les centres hospitaliers régionaux (CHR) dont 29 établissements représentent à eux seuls plus de 40 % du déficit total, soit près de 400 M€. Avec les centres hospitaliers (CH) de grande taille (de plus de 70 M€ de recettes assurance maladie), ces deux catégories d'établissements, qui représentent 16 % des établissements déficitaires, concentrent 86 % des déficits.

La capacité d'autofinancement (CAF), est néanmoins restée positive pour plus de 90 % des établissements. La CAF mesure l'ensemble des ressources internes dégagées par l'établissement (voir encadré 1), lui permettant de financer son cycle d'investissement.

Elle s'est élevée à plus de 3 Md€ en 2007, soit 4,4 % des charges de l'ensemble des établissements (tous compte de résultats hospitaliers confondus). Toutefois, compte tenu de l'aggravation du déficit, la CAF s'est contractée de 15 %, une baisse liée en particulier à la dégradation des résultats financiers.

¹ Sur un champ de 1491 établissements qui représentent 93% des établissements ex-DG et 99 % des financements de l'assurance maladie en 2007.

² Les EPRD ont été mis en place en 2006, voir le rapport de la CCSS de septembre 2007 (fiche 9-8, p.170).

³ Correspond à la suppression du taux de conversion historique.

Tableau 1 – Résultat des comptes de résultats principal et global des établissements ex-DG en 2007 par catégorie

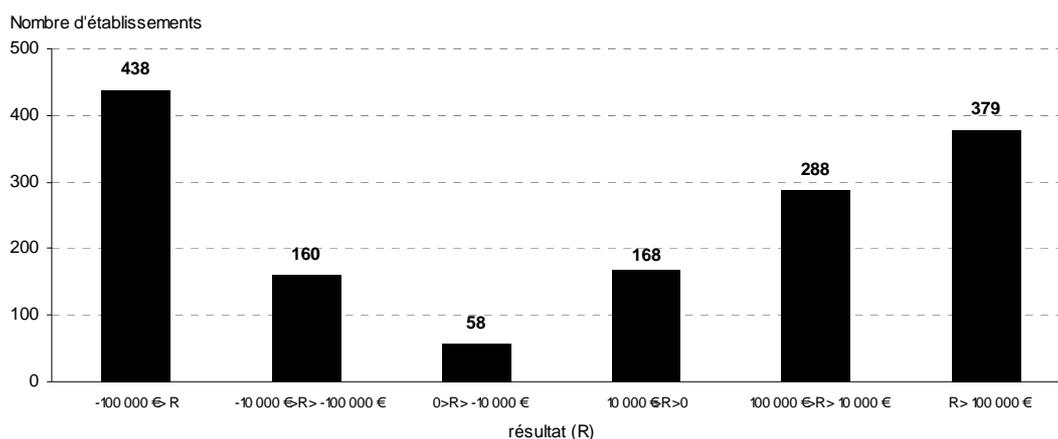
Catégorie	Établissements excédentaires		Budget principal		Ensemble des établissements		Budget global
	Nombre	Excédent (en ME)	Nombre	Déficit (en ME)	Nombre	Résultat (en ME)	Résultat (en ME)
Centres hospitaliers (CH)	212	95	299	-430	511	-335	-251
<i>dont CH de moins de 20 ME</i>	117	32	103	-37	220	-5	27
<i>dont CH entre 20 et 70 ME</i>	62	36	117	-137	179	-101	-78
<i>dont CH de plus de 70 ME</i>	33	28	79	-256	112	-229	-200
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	2	5	29	-398	31	-393	-325
Centres hospitaliers spécialisés (CHS)	55	39	30	-15	85	24	35
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	8	1	12	-18	20	-17	-17
Établissements à but non lucratif (EBNL) -PSPH*	256	64	151	-82	407	-19	-18
Établissements à but non lucratif (EBNL) - non PSPH*	93	16	58	-11	151	5	3
Hôpitaux locaux (HL)	209	25	77	-7	286	19	49
TOTAL	835	245	656	-962	1491	-716	-525

* PSPH : participant au service public hospitalier

Source : ATIH

Note de lecture : sur 511 centres hospitaliers (CH), 212 présentent un compte de résultat principal excédentaire cumulé de 95 M€, 299 ont un compte de résultat principal déficitaire cumulé de 430 M€. Les 511 CH présentent un résultat déficitaire de leur compte de résultat principal de 335 M€ et de leur compte de résultat global de 251 M€.

Graphique 1 – Répartition des établissements selon le résultat de leur compte de résultat principal en 2007



Source : ATIH

Note de lecture : 438 établissements ont un compte de résultat principal déficitaire de plus de 100 000 euros. Ils représentent 29 % des établissements. 45 % sont proches de l'équilibre (excédent ou déficit inférieur à 100 000 € et 25 % sont excédentaires de plus de 100 000 €.

Une diminution globale des déficits hospitaliers en 2008

D'après les estimations issues du dernier état quadrimestriel de l'EPRD 2008, le déficit global des établissements de santé s'élèverait à près de 400 M€ (voir tableau 2), soit une amélioration de près de 125 M€ par rapport au résultat global 2007. Le résultat cumulé du compte de résultat principal serait déficitaire de 589 M€ : comme en 2007, les comptes de résultat annexe contribueraient à la réduction du déficit global, en partie grâce aux cessions d'immobilisations.

Globalement, la capacité d'autofinancement augmenterait pour représenter 5 % des recettes des établissements. Cette progression résulte du double effet de l'amélioration du résultat d'exploitation et de l'augmentation des dotations d'amortissement liée aux investissements des plans hôpital 2007 et 2012).

L'amélioration du résultat serait particulièrement sensible pour les centres hospitaliers qui réduiraient leur déficit de 140 M€. En revanche, les CHR, qui concentrent 37 % des déficits, verraient leur résultat se dégrader légèrement.

Encadré 1 – Du résultat à la capacité d'autofinancement

Le résultat de l'exercice est obtenu par la différence entre les produits et les charges générées par l'établissement.

La capacité d'autofinancement couvre un champ plus large que celui servant au calcul du résultat et mesure les ressources financières globales propres à l'établissement pouvant être affectées à l'investissement. Ainsi pour calculer la CAF, il convient de prendre en compte le résultat d'exploitation complété des charges non décaissables (dotations aux amortissements...) et déduction faite des produits non encaissables (reprise sur provision...).

Résultat = produits – charges.

CAF = résultat + charges non décaissables – produits non encaissables.

Exemple :

	Charges	Produits	
Charges de personnel			Produits versés par l'assurance maladie
Charges à caractère médical,			Autres produits de l'activité hospitalière
Charges à caractère hôtelier et général,			Autres produits
Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles			
Total des charges (1)	100	90	Total des produits (2)
		10	Résultat (déficit) (3)=(1)-(2)
Charges non décaissables (amortissement, ...)	20	5	Produits non encaissables (cessions d'actifs, reprises sur provisions,)
Sous-total (4)	20	15	Sous-total (5)
Capacité d'autofinancement (6)=(4)-(5)	5		

Tableau 2 – Estimation du résultat des comptes de résultats principal et global des établissements ex-DG en 2008 par catégorie, à partir du dernier état quadrimestriel 2008

Catégorie	Budget principal			Budget global
	Excédent (en ME)	Déficit (en ME)	Résultat (en ME)	Résultat (en ME)
Centres hospitaliers (CH)	107	-303	-196	-113
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	4	-413	-409	-350
Centres hospitaliers spécialisés (CHS)	25	-9	16	32
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	10	-11	-1	-1
Établissements à but non lucratif (EBNL) -PSPH*	62	-84	-22	-17
Établissements à but non lucratif (EBNL) - non PSPH*	5	-3	2	1
Hôpitaux locaux (HL)	27	-7	20	47
Autres publics	1	0	1	4
TOTAL	241	-830	-589	-397

* PSPH : participant au service public hospitalier

Source : ATIH

Note de lecture : sur leur compte de résultat principal, les centres hospitaliers (CH) présentent un excédent cumulé de 107 M€ pour les établissements excédentaires, un déficit cumulé de 303 M€ pour les établissements déficitaires soit un résultat global déficitaire de 196 M€ pour l'ensemble des établissements de cette catégorie.

ÉVOLUTION RÉCENTE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES EN ALLEMAGNE

En Allemagne, les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie publique¹ progressent en moyenne de 2,6 % par an sur la période 2005-2008 alors que les dépenses totales d'assurance maladie augmentent de 3,7 % (figure 1). Cette évolution intervient alors que l'Allemagne est passée à un système de tarification à l'activité depuis 2004 pour mieux encadrer les dépenses des établissements de santé.

Une croissance modérée des dépenses hospitalières au cours de ces dernières années en lien avec d'importantes restructurations

En Allemagne, le financement des établissements de santé est dual: les Länder (États fédérés) financent les dépenses d'investissement et les caisses d'assurance maladie prennent en charge les coûts de fonctionnement (soins, frais de personnel, charges de gestion courante) (encadré 1). La croissance modérée des dépenses hospitalières des caisses d'assurance maladie au cours de ces dernières années, particulièrement faible en 2007 (+1,0 %), est à mettre en relation avec le mode d'encadrement des dépenses des hôpitaux mais surtout avec l'importante restructuration en cours du secteur hospitalier allemand.

Une forte restructuration du secteur hospitalier avec des transferts d'activité vers le secteur privé

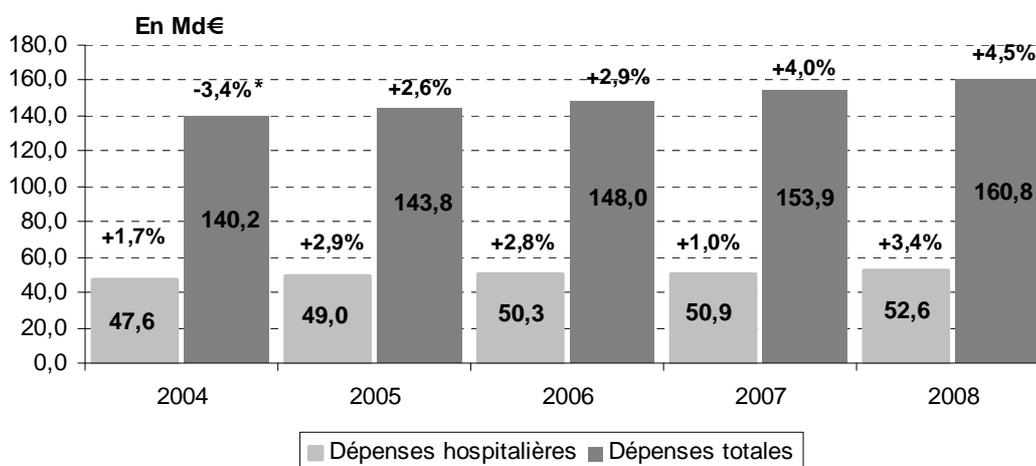
En cas de déséquilibre budgétaire persistant, la tutelle (Land) peut négocier avec l'établissement de santé un plan de restructuration de ses activités en supprimant les activités non rentables, en fusionnant certaines activités avec celles d'un autre hôpital, en transférant la gestion de cet hôpital vers le secteur privé, en accordant une aide exceptionnelle (si cet hôpital se trouve dans une zone isolée) ou encore en décidant de la fermeture de l'hôpital. Les établissements de santé sont incités à respecter leur budget (voir infra), ce qui les conduit souvent à engager de leur propre initiative des démarches de restructuration telles que la mise en place d'une organisation en réseaux avec une spécialisation des établissements partenaires par regroupement d'activité.

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, le 1^{er} janvier 2004 – date à laquelle elle est devenue obligatoire pour tous les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique –, les restructurations (fermetures, fusions...) ont entraîné une diminution du nombre d'hôpitaux de 2 166 en 2004 à 2 087 en 2007, soit de 4 % et le nombre de lits d'hospitalisation s'est réduit de 531 333 à 506 954 (-5 %) (tableau 1). Une centaine d'hôpitaux sont passés d'une gestion publique à une gestion privée. Certaines communes en difficulté financière ont dû privatiser leur établissement hospitalier. Le secteur public représente désormais 32 % des établissements (50 % de la capacité d'accueil), le secteur privé non lucratif 38 % (35 % de la capacité) et le privé lucratif 30 % (15 % des lits)² (figure 2). Une grande partie des établissements publics (53,5 %) sont en réalité des groupements public-privé dont la commune ou l'État détient au moins 51 % des parts. En 2007, l'Allemagne occupe la deuxième place du classement européen pour la part des hôpitaux privés (derrière la France où cette part est plutôt stable).

¹ L'assurance maladie publique appelée *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) couvre environ 70 % des dépenses de santé et 90 % de la population. Elle est obligatoire pour tout salarié dont les revenus sont inférieurs à 4 000€ par mois.

² Source : Office fédéral des statistiques.

Figure 1 – Montant et évolution récente des dépenses prises en charge par l'assurance maladie publique allemande



Champ : caisses d'assurance maladie publique, hors établissements médico-sociaux

* La diminution des dépenses totales en 2004 est liée aux effets de la réforme entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004 (déremboursement de prestations médicales, ticket modérateur sur les consultations, forfait hospitalier, augmentation de la participation sur les médicaments).

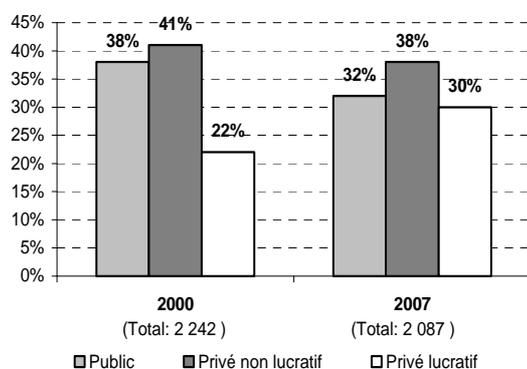
Source : ministère de la Santé allemand

Tableau 1. Indicateurs d'évolution de l'activité hospitalière (soins aigus) en Allemagne

	2004	2005	2006	2007	Evolution 2004/2007 en %
Nombre d'hôpitaux	2 166	2 139	2 104	2 087	-4%
Nombre de lits	531 333	523 824	510 767	506 954	-5%
Nb lits p. 100 000 hab.	644	635	620	616	-4%
Durée de séjour (en jours)	8,7	8,7	8,5	8,3	-5%
Taux d'occupation (en %)	75,5	74,9	76,3	77,2	2%

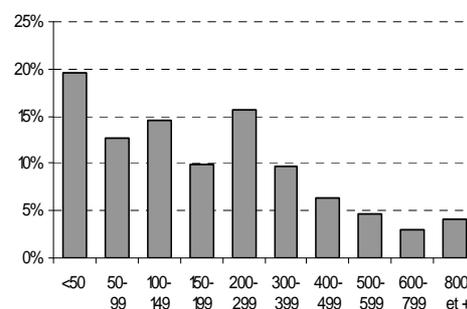
Source: Office fédéral des statistiques, Statistisches Bundesamt 2008, "Krankenhaus landschaft im umbruch".

Figure 2 – Répartition des établissements hospitaliers en Allemagne par statut



Source: Office fédéral des statistiques.

Figure 3 – Répartition des hôpitaux par nombre de lits en Allemagne



Source: Office fédéral des statistiques.

Des dépenses hospitalières fortement contrôlées et un désengagement progressif des Länder

Même dans le cadre du financement à l'activité, les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie demeurent encadrées, car les hôpitaux continuent à négocier un taux d'évolution annuel de leur budget avec les caisses d'assurance maladie. Le respect du budget est assuré par un principe de reversement partiel des séjours facturés au-delà des objectifs ou de partage des économies réalisées en deçà. De plus, en Allemagne, comme au Royaume-Uni, les caisses d'assurance maladie, elles-mêmes soumises à un mouvement de restructuration et à de fortes contraintes en matière d'équilibre depuis les réformes de 2004 et 2007, jouent sur la concurrence entre les établissements et les volumes lorsqu'elles achètent les soins, pour réduire les coûts.

Avec le principe de financement dual des dépenses hospitalières et le principe de la « couverture totale des dépenses » mis en place en 1972, les Länder, responsables du financement des investissements et de la planification hospitalière mais pas des dépenses courantes, ont longtemps été incités à développer la capacité hospitalière pour créer des emplois en réponse à la demande locale¹. Cette situation a contribué à la forte densité de lits par rapport aux autres pays européens et au nombre élevé de petits et moyens hôpitaux observés en Allemagne (tableau 1 et figure 3). En 1993, avec le passage du remboursement intégral des dépenses à un système de budgets fixes, les restructurations hospitalières ont commencé car les hôpitaux se sont retrouvés contraints de rationaliser leur offre de soins. Parallèlement, le développement d'une politique visant à développer les soins ambulatoires au sein des hôpitaux les a également incités à diminuer leur capacité d'accueil en termes de lits.

Compte tenu de ces contraintes, la progression du financement par l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement a été limitée à 2,3 % par an en moyenne sur la période 2005-2007. Les Länder, soumis à des restrictions budgétaires, ont quant à eux revu à la baisse leurs investissements (2,7 Md€ en moyenne par Land en 2006 contre 3,8 Md€ en 1995)². Les communes³ qui finançaient en pratique les investissements non pris en charge par les Länder, ne sont plus en mesure de le faire. Dans ce contexte, la réforme de 2009 vise à éviter l'obsolescence des infrastructures.

La réforme du financement des hôpitaux de mars 2009 : de nouvelles ressources financières et une maîtrise accrue des dépenses

En 2007, un tiers des hôpitaux de soins aigus⁴, soit environ 700 hôpitaux, sont en déficit (50 % sont bénéficiaires, 20 % en équilibre) selon le rapport annuel sur la situation financière des hôpitaux⁵. L'augmentation des salaires des personnels de santé et une forte inflation du coût de l'énergie seraient en grande partie responsables de cette situation, que l'évolution des tarifs dans le cadre de la tarification à l'activité n'aurait pas suffi à compenser. En 2008, les dépenses hospitalières de l'assurance maladie connaissent une hausse de 3,4 %.

La situation devrait cependant s'améliorer en 2009 avec l'apport budgétaire de 3,5 Md€ décidé dans le cadre de la réforme hospitalière du 17 mars 2009 et du plan de relance de l'économie face à la crise qui attribue 1 Md€ aux infrastructures hospitalières. Outre ce relâchement relatif des contraintes budgétaires, la réforme de 2009 prévoit également un système plus rigoureux de gestion de la dépense à moyen terme avec une nouvelle définition des budgets hospitaliers encadrant les dépenses hospitalières (encadré 2).

¹ Source : DEXIA-Hope (2008), « Les Hôpitaux dans les 27 pays de l'Union européenne », juil.

² Source : Descamps (2009), « Suivi de la réforme de l'assurance maladie allemande », Cnamts, mai.

³ La majorité des établissements publics appartient aux communes.

⁴ Cette catégorie correspond aux établissements regroupés sous la dénomination « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en France.

⁵ Source : Rapport « Krankenhaus Rating Report », RWI – Admed, 2009. (voir fiche 10-3 pour une description de la situation financière des établissements en France).

Encadré 1 – Le financement des hôpitaux en Allemagne¹

En Allemagne, le système de santé est un système fédéral où les Länder (États fédérés) disposent d'une grande autonomie. Le financement des établissements de santé inscrits au plan hospitalier (établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et de psychiatrie, soit environ 1 700 établissements) est dual : les infrastructures hospitalières (dépenses d'investissement) sont financées par l'État via les Länder, tandis que les dépenses courantes (salaires, soins, entretien...) sont prises en charge par les caisses publiques d'assurance maladie. Les établissements publics et les cliniques privées obéissent aux mêmes modes et règles de financement.

Les Länder, responsables de la planification hospitalière (nombre de lits, orientation par spécialité médicale, inscription d'établissement au plan), valident les projets d'investissement de chaque établissement et ne financent que les investissements qu'ils jugent « nécessaires ». Les investissements non financés par les Länder sont généralement pris en charge par les communes.

Le financement des hôpitaux en Allemagne a été profondément modifié par un passage progressif à un système de tarification à l'activité s'inspirant du système australien des *Diagnoses Related Groups (DRG)* en 2003 avec une phase de convergence de 2005 à 2014 pour optimiser le financement des hôpitaux (soins aigus en hospitalisation complète et partielle, hormis la psychiatrie). Les tarifs propres à chaque établissement, couvrent toutes les dépenses relatives à la prise en charge des patients. La fixation des tarifs se fait par voie conventionnelle. Les forfaits à la pathologie sont définis au niveau fédéral par une échelle relative des coûts (poids relatif des différents GHS) élaborée par la Fédération des établissements de santé (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*), les Unions fédérales des caisses d'assurance maladie et la Fédération des assureurs maladie privés regroupés au sein de *l'Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Inek)* ; puis les tarifs sont négociés au sein du Land au niveau de chaque établissement avec l'Union des caisses d'assurance maladie. Ces tarifs sont révisés annuellement lors des négociations budgétaires. Il existe un système de minoration-majoration des DRG pour financer les missions d'intérêt général : la formation des médecins, la recherche médicale, la prise en compte de la spécificité des établissements situés dans des zones « isolées », les urgences, la psychiatrie... Ce tarif de base converge progressivement vers un tarif de base par Land en 2010, puis avec la réforme 2009, vers une fourchette nationale en 2014.

Les caisses d'assurance maladie négocient en début d'année le budget de chaque établissement dans le cadre de contrats individuels définissant la nature et le volume des soins. Le respect du budget est assuré par un principe de reversement partiel l'année suivante, sous forme de tarifs minorés, des séjours facturés au-delà et un partage des économies réalisées en dessous (65 % du dépassement est reversé par les établissements l'année suivante ou bien ils perçoivent 40 % des économies réalisées).

Au-delà des financements public et fédéral, l'assuré verse (depuis 2000) un forfait hospitalier journalier d'un montant de 10 € dans la limite de 28 jours par an. Les enfants sont exemptés de cette franchise et le montant total des franchises est limité à 2 % du revenu annuel du ménage (1 % pour les personnes atteintes de pathologies chroniques).

Encadré 2 – La loi du 17 mars 2009 réformant le financement des hôpitaux allemands

Les principales évolutions du financement des hôpitaux allemands prévues pour les années 2009 et suivantes ont été adoptées par une loi du 17 mars 2009.

En 2009, les ressources des établissements augmentent de 3,5 Md€ avec une prise en charge par l'assurance maladie, à hauteur de 50 %, des augmentations salariales négociées pour 2008 et 2009 - cela représente un surcoût de 1,2 Md€ pour les caisses-, et un programme d'aide sur 3 ans (1,3 Md€), permettant l'embauche de 21 000 infirmières et aides-soignantes, programme financé à 70 % par l'assurance maladie. Les autres mesures de la réforme portent sur des subventions exceptionnelles pour moderniser les établissements et la suppression de l'abattement de 0,5% sur les DRG (instauré par la réforme 2004 au titre de la maîtrise des dépenses) dès 2009.

Un système plus rigoureux de gestion de la dépense à terme est également prévu avec notamment une subvention minimale de l'État aux investissements sous forme d'un forfait annuel (dont la détermination s'inspire du principe de la tarification à l'activité) et une nouvelle définition des budgets hospitaliers encadrant les dépenses prises en charge par l'assurance maladie en fonction de l'activité réelle de l'année n-1 (en remplacement de la négociation du taux d'évolution).

¹ Présentation réalisée à partir de Descamps (2009), *op. cit.* et DREES (2008), « *Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A* », Document de travail, n° 82, nov.

LES ÉCONOMIES SUR LES MÉDICAMENTS EN 2008

Depuis 2004 et la réforme de l'assurance maladie, les médicaments font l'objet tous les ans de diverses mesures d'économies. Celles-ci s'appuient sur une politique de prix ambitieuse avec la promotion des médicaments génériques, des baisses de prix ciblées ainsi que la fin de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à service médical rendu insuffisant. En outre, l'année 2008 a vu un développement notable des grands conditionnements mieux adaptés aux pathologies de longue durée¹. En parallèle, l'assurance maladie par l'intermédiaire de ses actions de maîtrise médicalisée vise à modérer les prescriptions de médicaments de certaines classes thérapeutiques². Sur l'année 2008, les dépenses de l'assurance maladie tous régimes sur les médicaments en ville se sont élevées à 21,6 milliards d'euros. L'économie pour l'assurance maladie des mesures 2008 est estimée à 875 millions d'euros (voir tableau 1).

Les actions sur le répertoire³ des génériques ont rapporté 265 M€ d'économies

Dans le répertoire considéré par la convention UNCAM-syndicats de pharmaciens, le taux de pénétration en nombre de boîtes des médicaments génériques a fortement progressé en France, il s'établit à 82 % à fin décembre 2008⁴. 265 M€ d'économies en année pleine ont été accumulées sur les médicaments du répertoire que ce soit par une pénétration accrue des génériques (100 M€), des baisses de prix des princeps (40 M€) et des génériques, en particulier celles consécutives à la réforme des marges arrière intervenue début 2008 (120 M€) ou des applications et baisses de tarif forfaitaire de responsabilité⁵ (5 M€). L'antihypertenseur Perindopril (Coversyl®), l'antalgique Fentanyl (Durogesic®) et l'antidépresseur Venlafaxine (Effexor®), représentant à eux trois environ 2 % des remboursements en 2008 avant la générication, ont été les seules grosses molécules génériquées sur l'année 2008. Ces tombées de brevet sont arrivées tardivement au cours de l'année et jouent donc peu sur 2008.

Les baisses de prix ciblées se sont traduites par une économie de 265 M€

Les négociations menées par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur le prix de médicaments brevetés ont permis une économie de 265 M€⁶ en année pleine. Une soixantaine de spécialités ont connu une baisse de prix en 2008 dont en particulier des sartans⁷ (Hyzaar®, Fortzaar® et Cozaar®), des vaccins (Prevenar®, Gardasil®), un antiulcéreux (Inexium®), les anti-Alzheimer (Exelon®, Aricept®, Reminyl® et Ebixa®) ou bien encore l'anti-VEGF⁸ (Lucentis®). Les produits impactés par ces baisses ont été dans l'ensemble très dynamiques ces dernières années à l'image de Gardasil® (+113 M€ de remboursement) ou bien encore Lucentis® (+97 M€) entre 2007 et 2008. Depuis 2005, l'économie liée aux baisses de prix sur les médicaments hors répertoire des génériques s'élève, en cumulé, à plus de 900 millions d'euros (voir graphique 1).

¹ Les conditionnements trimestriels sont disponibles pour les traitements de longue durée liés à l'hypertension, au cholestérol, à l'ostéoporose ainsi qu'au diabète.

² Les classes thérapeutiques visées par les actions de maîtrise médicalisée sont les statines, les inhibiteurs de la pompe à protons, les antibiotiques, les psychotropes ainsi que les antihypertenseurs.

³ Le répertoire liste les présentations génériques et leur référence (ou princeps).

⁴ Répertoire en vigueur à fin juin 2008. Cet accroissement de la pénétration des génériques n'est pas incompatible avec la fuite des prescriptions vers les spécialités hors répertoire des génériques (voir fiche 10-7).

⁵ Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est un tarif de remboursement. Les médicaments sous TFR sont remboursés sur la base du TFR et non de leur prix (voir fiche 9-2 du rapport CCSS de juillet 2007).

⁶ L'impact sur 2008 est estimé à 110 M€ et l'effet report sur 2009 à 165 M€.

⁷ Molécules indiquées dans le traitement de l'hypertension artérielle.

⁸ VEGF: facteur de croissance vasculaire endothélial. Lucentis® est indiqué dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Tableau 1 – Bilan 2008 des économies réalisées sur le médicament (hors franchise), M€

	Impact 2008 des mesures sur 2008	Effet report sur 2009 des mesures 2008	Economies 2008 en année pleine
Génériques	160	105	265
Modifications des marges de distribution	35	30	65
Adaptation de la prise en charge	90	0	90
Adaptation des conditionnements	45	0	45
Baisses de prix ciblées	110	155	265
TOTAL	440	290	730
Maîtrise médicalisée (médicaments)	145	0	145
TOTAL économie médicaments	585	290	875

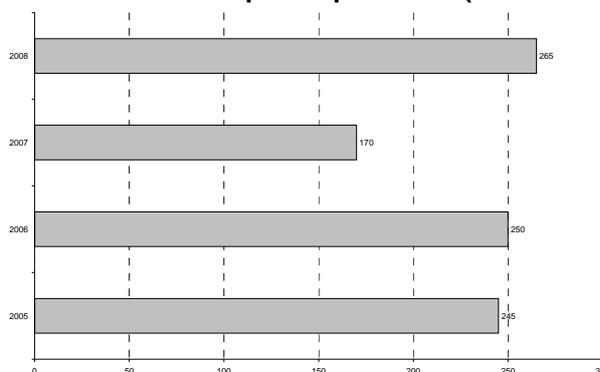
Source : DSS/6B sur données GERS, France métropolitaine

Tableau 2 – Bilan 2008 des économies réalisées sur les médicaments du répertoire, M€

M€	Impact 2008 des mesures 2008	Impact 2009 des mesures 2008	TOTAL
Pénétration	85	15	100
<i>tombées de brevet 2008</i>	5	15	20
<i>tombées de brevet avant 2008</i>	80	0	80
Baisses de prix génériques	55	65	120
Baisses de prix princeps	15	25	40
TFR	5	0	5
TOTAL	160	105	265

Source : DSS/6B sur données GERS. Les baisses de prix sur princeps sont intervenus à la tombée de brevet.

Graphique 1. Bilan des baisses de prix depuis 2005 (montants année pleine M€)



Source : DSS/6B sur données GERS. Les médicaments concernés par une baisse de prix ne sont pas nécessairement les mêmes d'une année sur l'autre.

Une économie de 90 M€ grâce aux remboursements pour service médical rendu insuffisant (SMRi)

Suite à l'avis rendu par le collège de la Haute Autorité de Santé en octobre 2006, le taux de prise en charge de certains médicaments au service médical rendu insuffisant avait été transitoirement abaissé de 35 à 15 % en 2007, avant que ces spécialités soient remboursées au 1^{er} janvier 2008. L'économie qui en découle a atteint 90 M€ en année pleine dont 75 M€ au titre des veinotoniques et 15 M€ au titre des spécialités de la troisième vague de déremboursement (antihistaminiques, médicaments pour la gorge...). Au total 570 M€ ont été économisés depuis 2006 grâce à la moindre prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à service médical rendu insuffisant (voir tableau 3). Néanmoins, cette estimation est un majorant qui ne tient pas compte des éventuels reports de prescriptions vers des traitements alternatifs encore remboursés, donc potentiellement coûteux pour l'assurance maladie, mais difficilement mesurables¹.

En fort développement, les grands conditionnements ont permis de dégager une économie de 45 M€

Les ventes de conditionnements de grande taille se sont considérablement développées depuis la mi-2007 (voir graphique 2). En 2008, près de 19 millions de boîtes de « conditionnements trimestriels » ont été délivrés par les laboratoires aux officines soit 3,2 fois plus qu'en 2007. L'économie obtenue grâce au développement des grands conditionnements, par rapport à une situation où les conditionnements trimestriels n'existeraient pas, est estimé à 80 M€ en 2008. L'effet spécifique sur 2008 s'élève à 45 M€ (25 M€ réalisés en 2007 et 15 M€ de 2006).

Une économie de 145 M€ imputable à la maîtrise médicalisée sur le médicament

La modération des prescriptions dans les classes visées par la maîtrise médicalisée a permis une économie proche de 145 M€² sur l'année 2008 (voir graphique 3). Pour mémoire, ces économies sont évaluées en volume pour neutraliser l'effet, comptabilisé par ailleurs, des baisses de prix et de la générique. La maîtrise médicalisée a ainsi permis des changements de comportement, en matière de prescription, mais les résultats sont contrastés d'une classe thérapeutique à l'autre. Si un infléchissement des volumes est perceptible pour les inhibiteurs de la pompe à protons (antiulcéreux) ou bien encore pour les antibiotiques, les statines et les IEC-Sartans (antihypertenseurs) continuent d'enregistrer une hausse significative des volumes (voir fiche 10-7). Depuis 2005, en cumulé près de 1,2 Md€ d'économies par l'assurance maladie, ont été enregistrées à ce titre pour l'assurance maladie.

Les autres mesures ont permis une économie d'environ 95 M€

La modification des marges de distribution, des grossistes-répartiteurs a permis une économie en année pleine de 50 M€³. Par ailleurs, la baisse des marges de distribution dans les DOM a conduit à une économie en année pleine de 15 M€⁴.

Les médicaments à l'hôpital ont généré quant à eux une économie d'environ 25 M€ en 2008.

Une économie de 5 M€ en année pleine a été réalisée sur les dispositifs médicaux à partir des baisses de prix sur les diffuseurs pour perfusion.

¹ Voir à ce sujet la fiche 9-3 du rapport CCSS de septembre 2007 et Question d'économie de la santé n° 128 de l'IRDES (2007).

² Économies réalisées sur les IPP, les statines, les antihypertenseurs, les antibiotiques et les psychotropes.

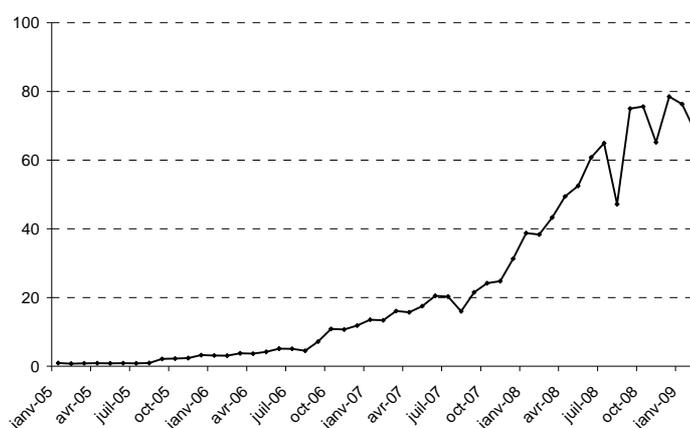
³ L'impact sur 2008 est estimé à 25 M€ et le report sur 2009 est également estimé à 25 M€.

⁴ L'impact sur 2008 est estimé à 11 M€ et le report sur 2009 est estimé à 4 M€.

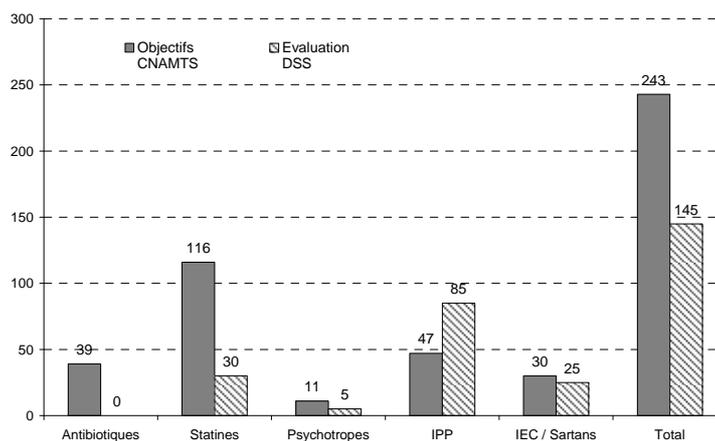
Tableau 3 – Économies obtenues par l'assurance maladie suite à la moindre prise en charge des spécialités à service médical rendu insuffisant (M€)

en M€	économie année pleine
Déremboursements (1er mars 2006)	300
Veinotoniques : baisse de 35% à 15% du taux de prise en charge (1er mars 2006)	160
Vague 3: baisse de 35% à 15% du taux de prise en charge (1er janvier 2007)	20
Déremboursements des veinotoniques (1er janvier 2008)	75
Déremboursements de la vague 3 (1er janvier 2008)	15
TOTAL	570

Source : DSS/6B sur données GERS

Graphique 2 – Évolution des remboursements mensuels des grands conditionnements (M€)

Source : DSS/6B sur données GERS non corrigé des variations saisonnières

Graphique 3. Objectifs et résultats 2008 des économies obtenues par la maîtrise médicalisée sur le médicament (M€)

Source : CNAM et DSS/6B sur données GERS

BILAN DE LA FRANCHISE

La LFSS pour 2008 a mis en place une nouvelle modalité de participation des assurés qui vient s'ajouter au ticket modérateur et à la participation forfaitaire de 1 € sur les actes médicaux et les analyses biologiques : la franchise de 50 centimes par boîte de médicament et par acte d'auxiliaire médical et de 2 € par transport.

En 2008, le rendement de la mesure serait proche de 900 M€

Le rendement au titre du régime général approcherait les 750 M€¹. Près de 625 M€ sont liés aux franchises sur les boîtes de médicaments, soit 85 % du rendement total et 2,4 % de la dépense en médicaments remboursables. Les franchises sur les actes d'auxiliaires s'élèvent à 102 M€, réparties pour moitié entre actes d'infirmières et actes de masseurs kinésithérapeutes, soit à peu près 1,5 % de la dépense remboursable de chaque poste. Le rendement de la franchise sur les transports est moindre au regard de la dépense remboursable (2,5 Md€ pour le régime général), de l'ordre de 17 M€. Au total, une extrapolation laisse présager un rendement tous régimes de l'ordre de 890 M€ pour 2008, légèrement supérieur aux 850 M€ initialement prévus.

Pas d'effet notable sur la consommation d'actes d'auxiliaires...

Le graphique 1 met en évidence qu'il n'y a pas eu d'infléchissement notable de la dépense remboursable des infirmiers et des masseurs en 2008 par rapport à 2006 et 2007. Comme précisé au tableau 1, le taux de croissance s'est ralenti en 2008 par rapport aux deux années antérieures (taux de croissance diminué de l'ordre de 1,6 point), mais ce ralentissement est moindre que celui de la dépense remboursable de médicaments dont le taux de croissance baisse de presque 3 points.

... mais une contribution à l'infléchissement de la consommation de médicaments ?

Le développement des ventes de conditionnements trimestriels pour traiter certaines maladies chroniques est un objectif d'efficience poursuivi par l'assurance maladie. Ce développement avait déjà été important en 2007 avec une augmentation de près de 178 % par rapport à 2006 à partir d'un niveau initial très bas, mais il s'est encore accéléré en 2008, puisque l'augmentation a été de 219 % par rapport à 2007 (voir graphique 2). Cette accélération a pu être favorisée par la mise en place des franchises : la contribution de 50 centimes par boîte a pu inciter les patients à s'orienter vers ce type de conditionnement.

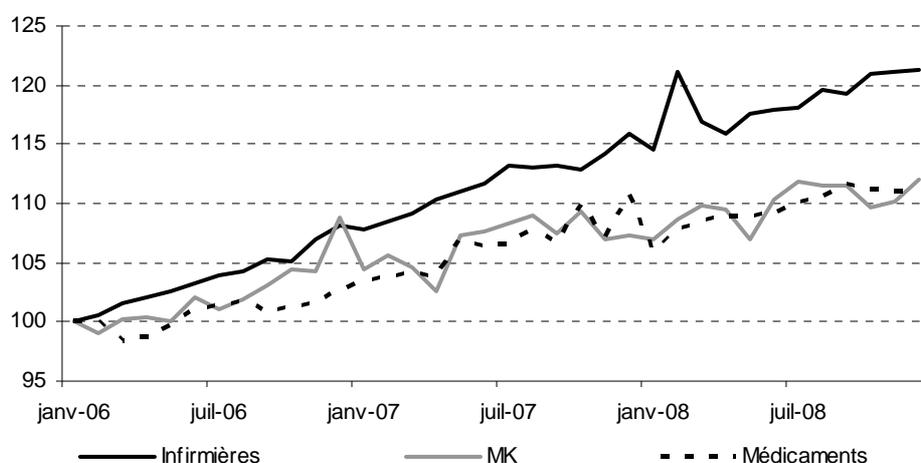
Au-delà de l'effet sur les grands conditionnements, on constate une inflexion notable du nombre de boîtes par rapport à la croissance constatée auparavant : en 2008, la baisse est de 0,9 %² alors que sur le même champ l'augmentation était de 1,4 % en 2006, et de 1,6 % en 2007. Les causes de cette inflexion ne peuvent être facilement identifiées, mais la France étant un des pays consommant le plus de médicaments au monde³, il peut s'agir d'une modification structurelle des comportements à travers l'impact de la maîtrise médicalisée ou de la franchise.

¹ Source : SNIIRAM. Champ : régime général y compris sections locales mutualistes, France entière.

² Source : GERS. Champ : tous régimes, ensemble des médicaments remboursables y compris automédication, France métropolitaine. La baisse apparente du nombre de boîtes de médicaments en 2008 est de 3,9 %. Mais cette baisse intègre les déremboursements intervenus début 2008 et le développement des grands conditionnements. Une fois ces deux effets neutralisés, la baisse n'est que de 0,9 %.

³ Voir PQE maladie, indicateur 4-2, deuxième sous indicateur.

**Graphique 1 – Dépense remboursable en volume
(indice base 100 en janvier 2006)**



Source : CNAM, dépenses CVS SV en date de soins ; champ : métropole, régime général.

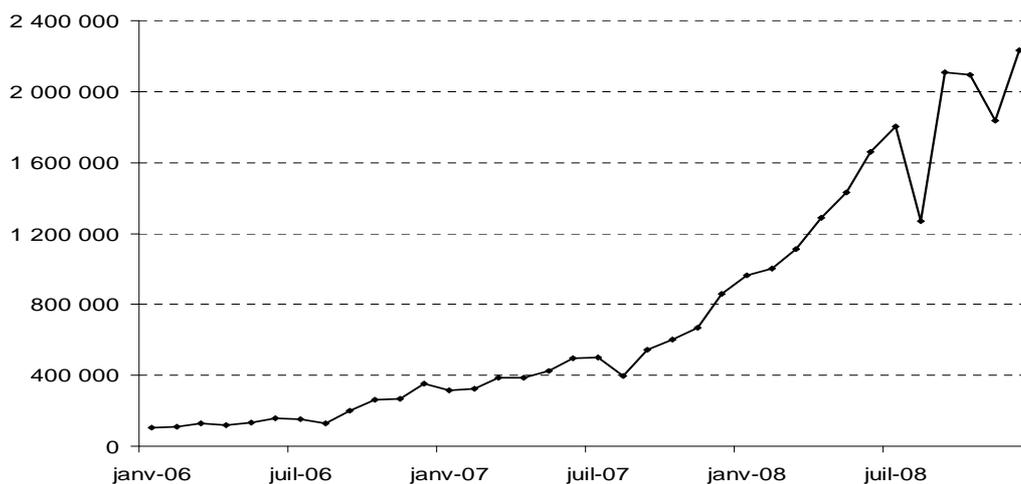
Tableau 1 – Taux d'évolution de la dépense remboursable en volume par poste

	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Médicaments
2005-2006	7,1%	4,5%	3,5%
2006-2007	7,8%	4,5%	5,8%
2007-2008	6,2%	3,0%	2,9%

Source : CNAM, dépenses CVS SV en date de soins ; champ : métropole, régime général.

Note de lecture : la dépense en volume correspond à la dépense en valeur déflatée de l'évolution des prix.

**Graphique 2 – Évolution du nombre de conditionnements trimestriels vendus
(en millions de boîtes)**



Source : GERS; champ : métropole, ensemble des médicaments remboursables ; les grands conditionnements ne concernent que certaines classes pharmaceutiques liées au traitement de certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, ostéoporose...).

COMPARAISON EUROPÉENNE DE L'ÉVOLUTION RÉCENTE DE TROIS CLASSES DE MÉDICAMENTS COUVERTES PAR LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

Une analyse de la CNAM¹ a montré qu'en 2006, la consommation française dans les principales classes thérapeutiques couvertes par la maîtrise médicalisée (IPP, IEC et sartans, statines)² était l'une des plus élevées d'Europe. Cette situation résultait à la fois de volumes de consommation et de coûts moyens de traitement plus élevés que chez nos voisins européens. Ce surcoût a deux causes : d'une part, une structure de consommation accordant une place prépondérante aux produits plus récents et plus chers (au détriment des génériques notamment) et, d'autre part, un coût par molécule supérieur à ceux observés dans certains pays. L'analyse qui suit propose, à partir des données IMS-Health (voir encadré 1), un complément à ces résultats en étudiant, dans huit pays européens³, la dynamique de la consommation de ces classes depuis 2004.

Partant d'un niveau élevé, la consommation française progresse désormais moins vite que dans les autres pays...

La progression du nombre d'UCD⁴ par Français ralentit depuis 2004

Selon la classe observée, la consommation française, mesurée en volume (nombre d'UCD par habitant), occupe en 2008 la deuxième ou troisième position sur huit (voir graphiques 1). Elle se situe donc toujours à un niveau élevé par rapport à la plupart des autres pays européens. Toutefois, depuis 2004, cette consommation a progressé moins vite que dans les sept autres pays étudiés. Pour les IPP, le nombre de comprimés consommés annuellement par un Français a crû de 6,1 % en moyenne par an sur la période 2004-2008 contre 15,1 % en moyenne dans les sept autres pays étudiés. De même, la consommation de statines a augmenté de 5,9 % par an en France contre 11,6 % dans les autres pays. Enfin, l'écart est moindre pour les IEC/sartans qui ont augmenté de 6,3 % en France (contre 7,7 %). De ce fait, dans chacune des classes, les écarts se sont creusés entre la France et les premiers consommateurs tandis que les autres pays ont eu tendance à rejoindre le niveau de consommation française – voire à le dépasser.

Les baisses de prix et le développement des génériques modèrent l'évolution de la dépense par habitant

En revanche, en termes de dépense par habitant, la France reste, avec la Suisse, le premier consommateur avec, dans les trois classes, un chiffre d'affaires par habitant environ 1,4 fois supérieur à la moyenne des pays étudiés (voir tableau 1). Depuis 2004, celui-ci progresse toutefois moins vite que la consommation mesurée en volume (il diminue même pour les statines et les IPP) en France comme dans les autres pays étudiés. En effet, le développement des génériques et les baisses de prix (qu'ils soient administrés ou non) ont contribué, dans la plupart des pays, à une baisse des prix par UCD.

¹ Points de repère n° 12, décembre 2007.

² Les IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) sont des antiulcéreux. Les IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) et les sartans appartiennent à la classe des antihypertenseurs. Enfin, les statines sont utilisées dans le traitement du cholestérol ; la spécialité Inegy®, qui associe une statine à une autre molécule, a également été prise en compte dans l'analyse.

³ Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse.

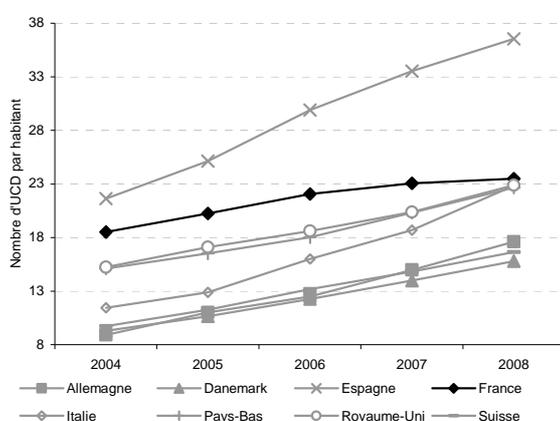
⁴ Unité commune de dispensation. Il s'agit de la plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillère...). Voir fiche 9-2 du rapport CCSS de septembre 2007 pour plus de précisions.

Encadré 1 – Source et champ des données utilisées

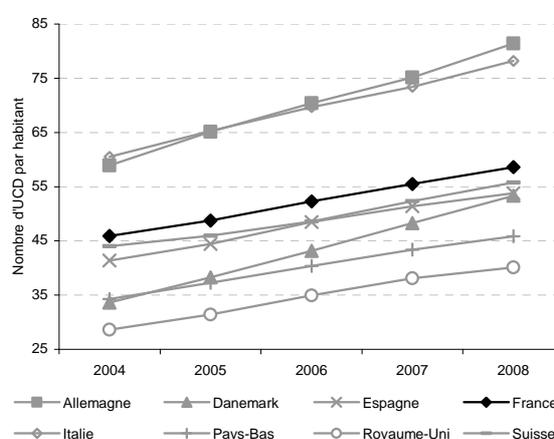
Les données sont issues de la base internationale d'IMS-Health, société américaine orientée sur la fourniture d'informations aux secteurs des produits pharmaceutiques et des soins de santé. Elles concernent l'ensemble des médicaments disponibles en officine, qu'ils soient prescrits ou non et indépendamment de leur statut vis-à-vis du remboursement. Ainsi, les ventes de produits pharmaceutiques ne passant pas par le circuit officinal, notamment celles destinées aux hôpitaux ou à d'autres distributeurs, ne sont pas prises en compte dans cette base. À partir de différents panels suivant les pays, IMS collecte et/ou reconstitue les principales données suivantes : le nombre de boîtes et le nombre d'unités communes de dispensation vendues ou UCD, le prix (fabricant, grossiste et officine) des spécialités et le chiffre d'affaires correspondant.

Graphiques 1 – Évolution de la consommation en volume entre 2004 et 2008 (nombre d'UCD / habitant)

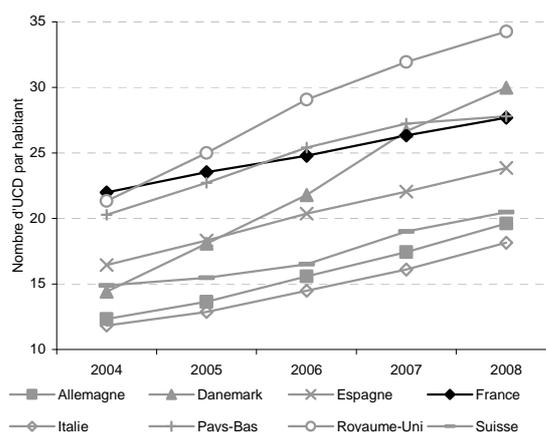
Graphique 1a : IPP



Graphique 1b : IEC et sartans



Graphique 1c : statines et Inegy®



Source : DSS/6B sur données IMS-Health et OCDE (pour les données sur la population)

Lecture du graphique 1a : en 2008, un Français a consommé, en moyenne, 23 comprimés d'IPP dans l'année contre 18 en 2004.

En France, par exemple, le coût d'un comprimé d'IPP a diminué de près de 10 % entre 2004 et 2008 en raison, d'une part, du développement des génériques (voir graphiques 2) et, d'autre part, de la baisse des prix des produits non génériques (notamment l'ésoméprazole).

... mais reste cependant orientée vers les produits coûteux

Les prescriptions dans le répertoire diminuent depuis 2004

En 2008, dans les trois classes étudiées, la dépense par habitant en France reste donc l'une des plus élevées parmi les pays étudiés malgré les actions de maîtrise médicalisée (qui ont permis un ralentissement dans la progression des volumes), le développement des génériques et les baisses de prix menées par le CEPS. Cette situation demeure le résultat d'un effet de structure qui accorde une place prépondérante aux prescriptions hors répertoire, plus coûteuses.

Ainsi, pour ce qui concerne les statines et les IPP, la France est quasiment le seul pays dans lequel la part des molécules génériques dans le total des prescriptions en volume a diminué sur la période 2004-2008 (voir graphiques 2). Elle est passée de 60 % à 46 % pour les IPP¹ et de 65 % à 46 % pour les statines². Enfin, pour les antihypertenseurs, la part de marché des sartans – dont le prix moyen en France est près de 1,5 fois supérieur à celui des IEC – tend à augmenter dans tous les pays mais elle est nettement supérieure en France (62 % en 2008 contre 52 % en Espagne et 31 % en Allemagne)³.

Une économie possible d'environ 650 M€ pour l'assurance maladie

Cette fuite des prescriptions vers les molécules hors répertoire représente un coût considérable pour l'assurance maladie. Sur la seule classe des IPP, les dépenses pourraient être réduites de manière pérenne d'environ 150 M€ si les prescriptions dans le répertoire étaient aussi importantes qu'en Espagne⁴. Sur les statines, cette économie atteindrait près de 250 M€ si la part de marché des molécules génériques atteignait celle de l'Allemagne (89 %). Enfin, si les prescriptions de sartans ne représentaient que 30 % des UCD d'IEC/sartans comme en Allemagne ou au Royaume-Uni, près de 250 M€ pourraient être économisés sur les antihypertenseurs.

Conclusion

Si la maîtrise médicalisée semble avoir eu un effet modérateur sur les volumes prescrits, elle n'a pas permis, jusqu'ici, de rattraper les autres pays européens en termes de prescription dans le répertoire, et donc de dégager les économies correspondantes. Ce résultat doit néanmoins être nuancé car le haut niveau de prescription dans le répertoire chez nos voisins européens doit aussi beaucoup au mode de financement des soins, plus ou moins incitatif à la prescription dans le répertoire⁵. De plus, l'action de l'assurance maladie devrait être renforcée grâce à la mise en place du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) et à la publication progressive des recommandations médico-économiques de la HAS⁶.

¹ Les molécules d'IPP génériques entre 2004 et 2008 sont le lansoprazole et l'oméprazole.

² Les molécules de statines génériques entre 2004 et 2008 sont la lovastatine, la simvastatine, la pravastatine et la fluvastatine.

³ Ce constat doit néanmoins être nuancé : les données d'approvisionnement des officines en France montrent au 1^{er} trimestre 2009 une nette rupture dans la progression de la part de marché des sartans.

⁴ Toutes choses restant égales par ailleurs.

⁵ Par exemple, lorsqu'ils doivent respecter une enveloppe de prescription (Allemagne), les médecins sont davantage incités à prescrire les molécules les moins coûteuses, à efficacité équivalente.

⁶ La 1^{re} recommandation, publiée en octobre 2008, porte sur « Comment choisir entre IEC et sartans ? »

Tableau 1 – Évolution de la dépense par habitant entre 2004 et 2008 (en € par hab.)

Pays	IPP			Statines			IEC/Sartans		
	2004	2008	TCAM*	2004	2008	TCAM*	2004	2008	TCAM*
Allemagne	10,0	9,7	-0,8%	8,6	6,0	-8,6%	21,3	24,6	3,7%
Danemark	9,1	8,9	-0,4%	5,0	5,2	1,1%	13,8	20,5	10,5%
Espagne	7,9	9,3	4,2%	10,0	12,1	4,9%	17,3	23,0	7,4%
France	16,8	14,2	-4,1%	18,3	16,1	-3,2%	26,6	33,0	5,5%
Italie	10,5	9,3	-3,0%	10,7	10,7	0,0%	28,7	31,9	2,7%
Pays-Bas	13,3	12,7	-1,2%	15,8	14,7	-1,8%	15,8	18,2	3,7%
Royaume-Uni	10,0	4,6	-17,5%	15,9	10,1	-10,9%	11,0	8,8	-5,4%
Suisse	13,4	17,1	6,2%	16,9	16,2	-1,1%	31,9	34,8	2,2%
Ensemble	11,3	9,8	-3,5%	12,7	10,8	-3,9%	21,0	24,2	3,6%

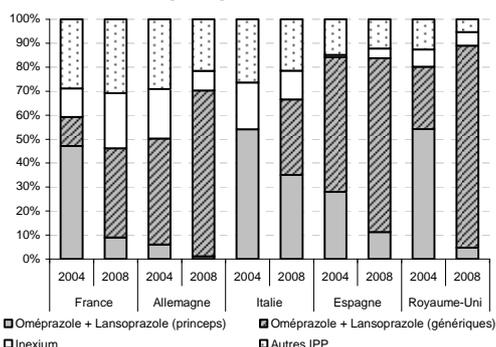
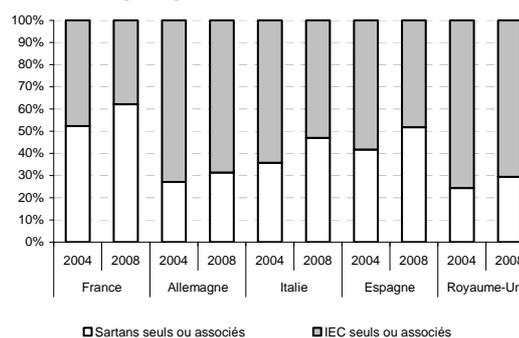
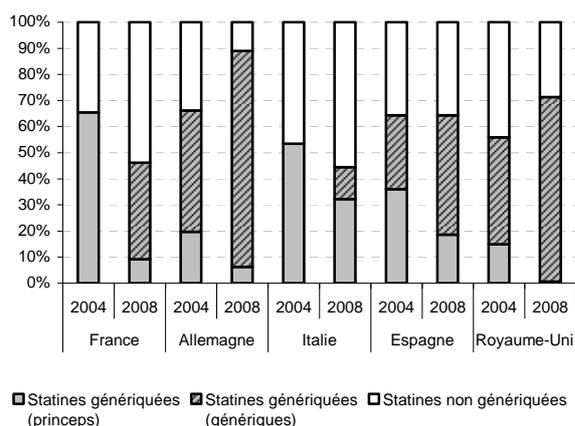
*TCAM : taux de croissance annuel moyen

Pour le Royaume-Uni, les montants sont corrigés des variations de change

Source : DSS/6B sur données IMS-Health

La dépense est approchée ici par le chiffre d'affaires hors taxes des industriels.

Lecture : en 2008, la dépense en statines par Français (tous dosages et toutes molécules confondus) s'élevait en moyenne à 16,10€ contre 18,30€ en 2004, soit une baisse de -3,2% par an, en moyenne sur la période.

Graphiques 2 – Évolution entre 2004 et 2008 de la structure de consommation (en UCD)**Graphique 2a : IPP****Graphique 2b : IEC et sartans****Graphique 2c : Statines et Inegy®**

Source : DSS/6B sur données IMS-Health

Par souci de lisibilité, seuls les résultats des cinq « grands » pays européens sont présentés.

Lecture : en 2008, les prescriptions d'oméprazole et de lansoprazole (génériques et princeps) ont représenté 46 % de la totalité des prescriptions d'IPP (mesurées en UCD), dont 37 % au titre des seuls génériques. En 2004, ces proportions atteignaient respectivement 59 et 12 %.

DYNAMIQUE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

La dynamique des indemnités journalières (IJ) est très différente du reste des soins de ville et mérite donc une attention particulière. L'analyse menée dans cette fiche est centrée sur la dynamique au niveau national, mais la consommation d'IJ se caractérise également par de fortes disparités de consommation au niveau local (voir encadré 1).

Si la dépense en IJ¹ a très fortement augmenté de 1994 à 2008 (de 4,9 Md€ à 7,9 Md€²), elle a en fait connu différentes phases d'évolution très contrastées (voir graphique 1).

Après une phase d'augmentation, les dépenses d'IJ ont baissé de fin 2003 à mi-2006

De 1994 à 2003, la croissance des dépenses s'accélère et devient très rapide

De 1994 à 1997, la dépense totale d'IJ croît de 1 % par an en moyenne. L'évolution est alors très volatile : elle peut augmenter de 4,5 % en 1995 et baisser de 4,6 % l'année suivante. Que ce soient les IJ maladie, courtes (moins de 3 mois) ou longues (plus de 3 mois), ou les IJ AT-MP, toutes subissent ces fortes fluctuations.

À partir de 1998, la dépense d'IJ entre dans un nouveau cycle caractérisé par une augmentation forte et ininterrompue. Du quatrième trimestre de 1998 au troisième de 2003, la dépense augmente en moyenne de 8,6 % par an. Sur toute cette période, la dépense en IJ AT-MP augmente très fortement (10,9 % par an) et de manière régulière. La dynamique de dépense des IJ maladie est légèrement moindre. La croissance de la dépense en IJ maladie longues est supérieure à celle des IJ courtes (9,5 % contre 6,7 %). L'évolution de la dépense en IJ AT-MP est plus régulière que celle des IJ maladie, qui sont successivement soumises à de fortes variations du taux de croissance des IJ courtes puis longues en début puis en fin de période.

De fin 2003 à mi-2006, la dépense baisse de 2,3 % par an

À partir du troisième trimestre 2003, la dépense en IJ commence à baisser concomitamment à la mise en place du plan d'action de la CNAM destiné à renforcer les contrôles. La baisse est de 2,1 % par an pour les IJ de moins de 3 mois, de 4,2 % pour les IJ de plus de 3 mois et de 0,3 % pour les IJ AT-MP³.

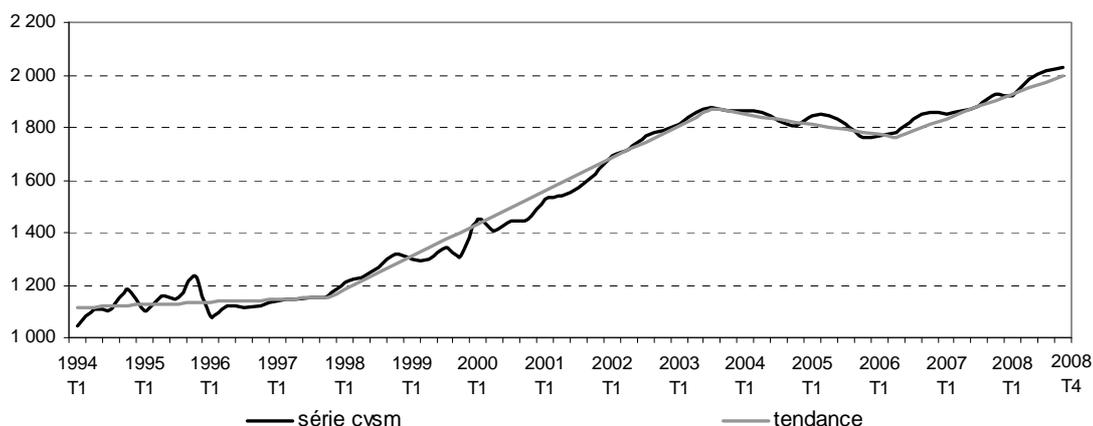
Depuis la mi-2006 la croissance de la dépense a nettement repris

Du deuxième trimestre 2006 à fin 2008, la dépense repart à la hausse avec un taux annuel moyen de 5,1%. En 2007, la dépense est tirée par la forte augmentation de la dépense en IJ AT-MP (6,2 %) et en IJ maladie de moins de trois mois (5%). En 2008, s'accélère également la dépense en IJ maladie de plus de trois mois (5,6 %).

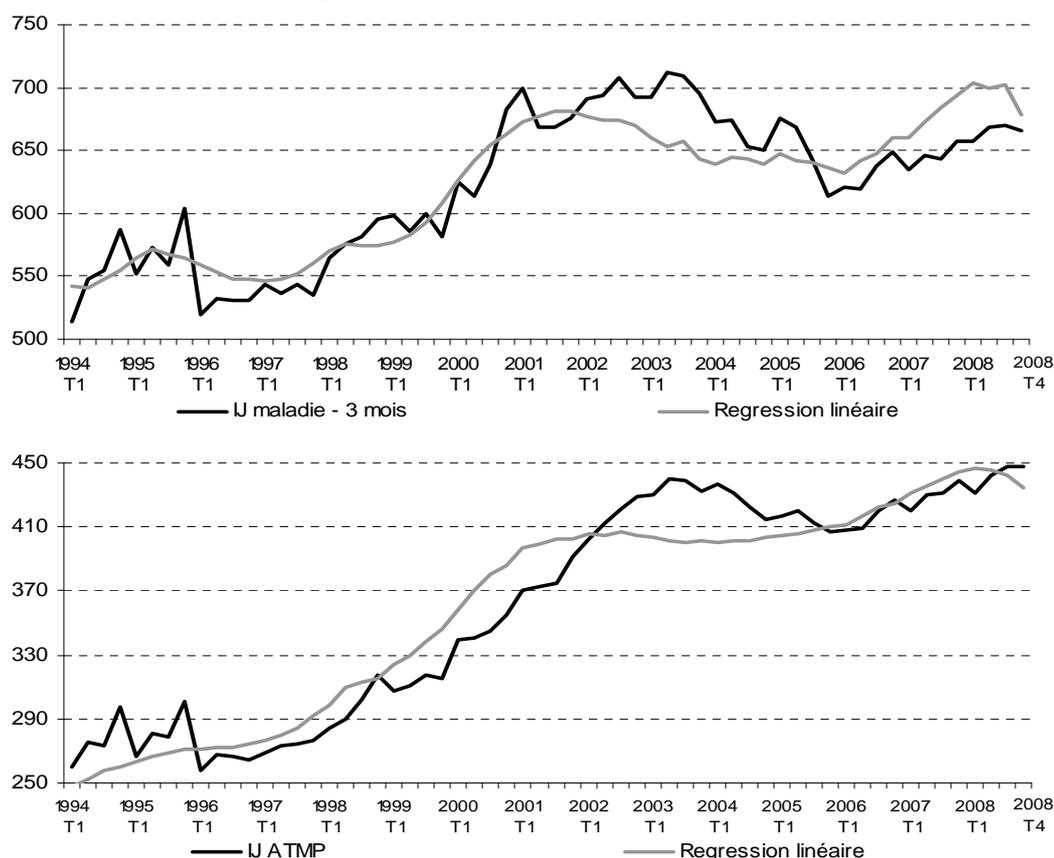
¹ La dépense considérée ici et dans le reste de la fiche est celle du régime général (y compris sections locales mutualistes) pour les IJ du risque maladie et du risque AT-MP.

² En 2008, 28 % de cette dépense relève des IJ AT-MP, 43 % des IJ maladie courtes et 29 % des IJ maladie longues.

³ Les taux d'évolution annuels ont été calculés sur des données corrigées de variations saisonnières. L'année de départ est l'année glissante courant du troisième trimestre 2003 au deuxième trimestre 2004 et l'année d'arrivée est l'année glissante courant du troisième trimestre 2005 au deuxième trimestre 2006.

Graphique 1 – Dépenses trimestrielles d'IJ du régime général de 1994 à 2008 (Md€)

Source : traitements DSS sur données en date de soins de la CNAM. Champ : régime général y compris SLM, France métropolitaine

Graphique 2 – Dépenses trimestrielles d'IJ maladie de moins de 3 mois et d'IJ AT-MP en volume (en M€) régressées sur l'emploi salarié et le nombre de chômeurs

Source : traitements DSS sur données en volume CVS de la CNAM et données INSEE. La dépense en volume correspond à la dépense en valeur transformée par un indice d'évolution des salaires. Champ : régime général y compris sections locales mutualistes (SLM), France métropolitaine.

Note de lecture : les deux régressions linéaires présentées résultent respectivement d'ajustements par moindres carrés ordinaires (MCO) de la dépense en volume d'IJ maladie de moins de trois mois sur le nombre de chômeurs et de la dépense en volume d'IJ AT-MP sur l'emploi salarié.

Les déterminants de l'évolution en volume de la dépense

Les IJ courtes et les IJ AT-MP en phase avec la situation économique sur longue période

Le volume des IJ est logiquement dépendant de l'évolution de l'emploi salarié. Mais au-delà de ce lien quasi-mécanique, les IJ maladie courtes entretiennent une relation contracyclique avec le chômage comme le montrent plusieurs études économétriques (voir encadré 2). Deux raisons peuvent en être avancées : la hausse du chômage amènerait les salariés à moins recourir à des arrêts de travail par crainte de l'impact sur leur emploi ; l'amélioration de la situation de l'emploi favoriserait l'employabilité de personnes à l'état de santé fragile plus sujettes au risque d'arrêt de travail ou d'accident.

Ces deux facteurs permettent de relier ainsi la tendance de long terme des dépenses d'IJ courtes à l'évolution du marché du travail (voir graphique 2). En effet, les baisses du chômage de 1997 à 2002 et de 2006 à 2008 sont allées de pair avec la dynamique des IJ de moins de trois mois. Toutefois, comme le montrent ces graphiques, les retournements de tendance des dépenses sont légèrement différés par rapport à ce qu'indiquent les régressions, faites ici par ajustement instantané de la dépense en volume sur l'emploi salarié et le chômage. Il faut donc se référer à d'autres facteurs, influant à court terme, pour apprécier les fluctuations des dépenses.

L'intensification de la politique de contrôle a été déterminante pour infléchir les dépenses à la baisse entre 2003 et 2006

Les études statistiques confirment le rôle modérateur joué sur les IJ maladie et AT par la politique d'intensification des contrôles lancée par la CNAM à partir de 2003. Sa date de mise en place (deuxième trimestre 2003) coïncide presque avec le début du cycle de baisse des dépenses (troisième trimestre de la même année). Cette politique a consisté en un renforcement du contrôle des assurés – contrôles plus fréquents et plus précoces – et des gros prescripteurs d'arrêts.

Le vieillissement de la population contribue à accroître la durée moyenne des arrêts maladie

L'analyse du recours aux arrêts de travail par âge révèle que leur nombre tend à diminuer avec l'âge mais qu'en revanche la durée moyenne des arrêts augmente sensiblement. Ainsi le taux de recours est particulièrement élevé pour les 20-24 ans (27 %) mais pour des durées plus courtes, 6,5 jours en moyenne par assuré (voir tableau 1). Comme la part des plus de 55 ans dans la population active est passée de 8,6 % en 1994 à 12,2 % en 2007, ce vieillissement de la population a induit une déformation de la durée des arrêts. Si, en 2002 les arrêts de plus de 3 mois représentaient 63 % des montants d'IJ versés, cette part atteignait 68 %¹ en 2007. Cet allongement de la durée des IJ par âge, couplée au vieillissement de la population, explique en grande partie le dynamisme des IJ longues observé depuis 1994.

L'incidence des conditions de travail sur les arrêts AT-MP

Si la dynamique des IJ AT-MP semble assez en phase avec celle de l'emploi salarié (voir graphique 2), des explications qualitatives complémentaires permettent de mieux apprécier leur évolution. Ainsi, une étude de la DARES de 2007², qui s'appuie sur des enquêtes septennales, indique qu'entre 1991 et 1998 les conditions de travail, plus particulièrement les

¹ Ces données sont issues d'échantillons de l'assurance maladie : pour 2002, le chiffre provient de l'échantillon EPAS et pour 2007, de l'EPIB. Le champ est le même : les arrêts des assurés relevant du régime général hors SLM. L'EPIB assure une représentation de la population au 1/97^e alors que l'EPAS seulement au 1/600^e.

² Voir Bué et alii, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », in *Premières Informations et Premières synthèses*, DARES, 20070.

Encadré 1 – Disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières

La consommation d'IJ maladie est marquée par des disparités importantes au niveau local¹. Le nombre d'IJ courtes par personne protégée varie du simple au double ; les départements forts consommateurs se situent dans la moitié Est de la France en dehors des extrémités Nord et Sud. Des départements tels que le Gers, le Lot, la Dordogne, la Loire-Atlantique et certains de Bretagne sont aussi forts consommateurs d'IJ courtes.

Les départements fortement consommateurs d'IJ longues ne se recoupent pas avec les forts consommateurs d'IJ courtes. Ce sont plus particulièrement les départements du sud-est et certains du sud-ouest qui sont gros consommateurs. L'ampleur des écarts est encore plus forte que pour les IJ courtes, puisque le nombre d'IJ longues par assuré varie dans un rapport de un à quatre.

Tableau 1. Taux de recours aux arrêts maladie et nombre moyen d'IJ par assuré en 2007

Classe d'âge	20 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 - 44 ans	45 - 49 ans	50 - 54 ans	55 - 59 ans
Taux de recours	27,2%	21,4%	20,4%	20,3%	20,5%	21,8%	23,6%	20,7%
Nombre moyen de journées indemnisées par assuré	6,5	6,0	6,3	7,3	8,7	11,1	14,4	15,5

Source : traitements CNAM sur données EPIB 2007 et ERASME. Champ : régime général hors sections locales mutualistes

Note de lecture : 27,2 % des actifs de 20 à 24 ans ont eu recours au moins une fois en 2007 à un arrêt maladie ; les actifs de 20-24 ans ont en moyenne 6,5 jours indemnisés par an.

Encadré 2 – Analyses statistiques des déterminants de la consommation d'IJ

Plusieurs études ont été réalisées sur ce sujet par la CNAM et la DREES. Deux d'entre elles portent sur la dynamique temporelle des volumes d'IJ consommés². Une troisième étudie les disparités de consommation d'IJ des départements français en 2005. Dans ces trois études, le volume de chaque type d'IJ, soit en nombre d'IJ par assuré soit en dépense transformée en volume, est régressé sur plusieurs facteurs explicatifs jugés pertinents.

Les éléments explicatifs sont de quatre types : l'état de santé, avec notamment la proportion d'assurés en ALD ; l'activité économique et le marché du travail, avec le taux de chômage et la composition socioprofessionnelle de la population active ; la structure de l'offre de soins ; les actions de communication et de contrôle de l'Assurance Maladie.

IJ courtes. Les deux analyses temporelles mettent principalement en évidence l'influence à la baisse du taux de chômage. La DREES distingue aussi la dynamique des honoraires de médecins par rapport à celle de l'activité économique : lorsque les honoraires de médecins croissent plus vite que l'activité économique, le volume d'IJ courtes tend à augmenter à long terme. La CNAM constate que le nombre d'enfants en bas âge joue positivement, de manière mineure, sur le volume des IJ courtes. L'analyse des disparités géographiques révèle le rôle négatif sur les volumes joué par la proportion de cadres et d'employés. Enfin, ces trois études s'accordent sur le rôle important que joue la politique de contrôle pour expliquer les disparités territoriales et le retournement de tendance de la fin 2003.

IJ longues. Les principaux déterminants du volume par salarié des IJ longues semblent être le vieillissement et l'état de santé de la population ; ces deux variables sont elles-mêmes fortement corrélées. L'analyse des disparités géographiques met aussi en avant le rôle joué par le profil du prescripteur : plus l'âge du médecin augmente, moins il semble prescrire d'IJ longues.

¹ Voir CNAM, Point de repère n° 11, novembre 2007.

² Voir DREES, E&R n° 592, septembre 2007 et CNAM, Point de repère n° 5, novembre 2006.

pénibilités physiques, des ouvriers et des employés se seraient détériorées et se seraient ensuite stabilisées entre 1998 et 2005.

Un autre facteur explicatif de la progression de long terme des IJ AT-MP serait la très forte progression du nombre de maladies professionnelles reconnues par la branche AT-MP et ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente : elle a été multipliée par 10 sur la période 1990 à 2007, soit +14 % d'évolution annuelle en moyenne sur la période. Une grosse partie de l'augmentation des maladies professionnelles tient à la reconnaissance des troubles musculo-squelettiques. Ainsi, en 2007, 70 % des arrêts pour maladies professionnelles sont relatifs à des affections péri-articulaires¹.

Forte reprise des dépenses d'IJ depuis la mi-2006

Jusqu'à mi-2008, l'évolution est cohérente avec celle de l'emploi et du chômage...

La baisse amorcée en 2003 avait pour principal facteur explicatif, outre la hausse du chômage en tendance de fond, l'intensification des contrôles par la CNAM. Le redémarrage des dépenses d'IJ au deuxième semestre 2006 est principalement le fait des IJ maladie courtes et des IJ AT-MP (voir tableau 2). Ce nouveau cycle suit les tendances de fond de reprise de l'emploi salarié, amorcée en 2004, et surtout de baisse ininterrompue du chômage du deuxième trimestre 2006 au troisième trimestre 2008. La DREES émet par ailleurs l'hypothèse que l'intensification des contrôles est à rendement décroissant : dès lors les économies générées ne seraient, depuis 2006, plus à même de contrecarrer les facteurs de hausse. Une nouvelle accélération de la croissance des dépenses dès la mi-2007 résulte de la reprise de l'augmentation des IJ maladie longues, qui paraissent retrouver leur dynamique de long terme.

... mais le début de la récession en 2008 ne remet pas en cause à ce stade l'augmentation des dépenses

Dès le deuxième trimestre 2008, l'emploi salarié a commencé à baisser : de 0,2 % (par rapport au trimestre précédent), puis de 0,3 % au troisième trimestre et, enfin, de 0,7 % au dernier trimestre. Le chômage augmente à un rythme rapide depuis le troisième trimestre 2008 ; le dynamisme des dépenses d'IJ reste pourtant fort.

La CNAM a construit un modèle statistique qui relie les séries d'IJ au contexte macroéconomique (caractérisé par le taux de chômage et le nombre d'emplois salariés) et à la situation démographique (avec la part des plus de 55 ans dans la population protégée). Le modèle intègre ainsi la récession économique récente. Cet ajustement relie les dénombrements d'IJ d'un trimestre donné aux données de contexte observées quelques mois auparavant, supposant ainsi qu'une certaine inertie caractérise l'évolution des volumes d'IJ.

L'ajustement se fait sur une série longue, remontant jusqu'en 1985. Il permet d'expliquer précisément les tendances de long et moyen termes mais pas les évolutions réellement constatées entre 2002 et 2005 qui doivent donc être reliées à d'autres facteurs explicatifs tels que la politique de contrôle de la CNAM. Compte tenu du contexte de l'emploi, on devrait observer un ralentissement de la croissance des dépenses d'ici la fin de l'année 2009.

Pour expliquer la dynamique très soutenue des derniers mois, les récentes analyses de la CNAM s'intéressent d'une part à la durée des arrêts et d'autre part à leurs causes médicales. Au premier semestre 2008, ce sont les arrêts de plus de 45 jours qui contribuent pour 90 % à la croissance totale des IJ versées du fait d'une augmentation, plus rapide de leur fréquence que celle des autres arrêts (4,7 % contre 3,8 % pour le premier semestre 2008 par rapport au premier semestre 2007) quelle que soit la tranche d'âge, et d'une durée moyenne qui augmente par rapport aux autres arrêts (1,9 % contre -1,7 %).

¹ Voir « Programmes de qualité et d'efficacité » AT-MP, indicateur de cadrage n° 7.

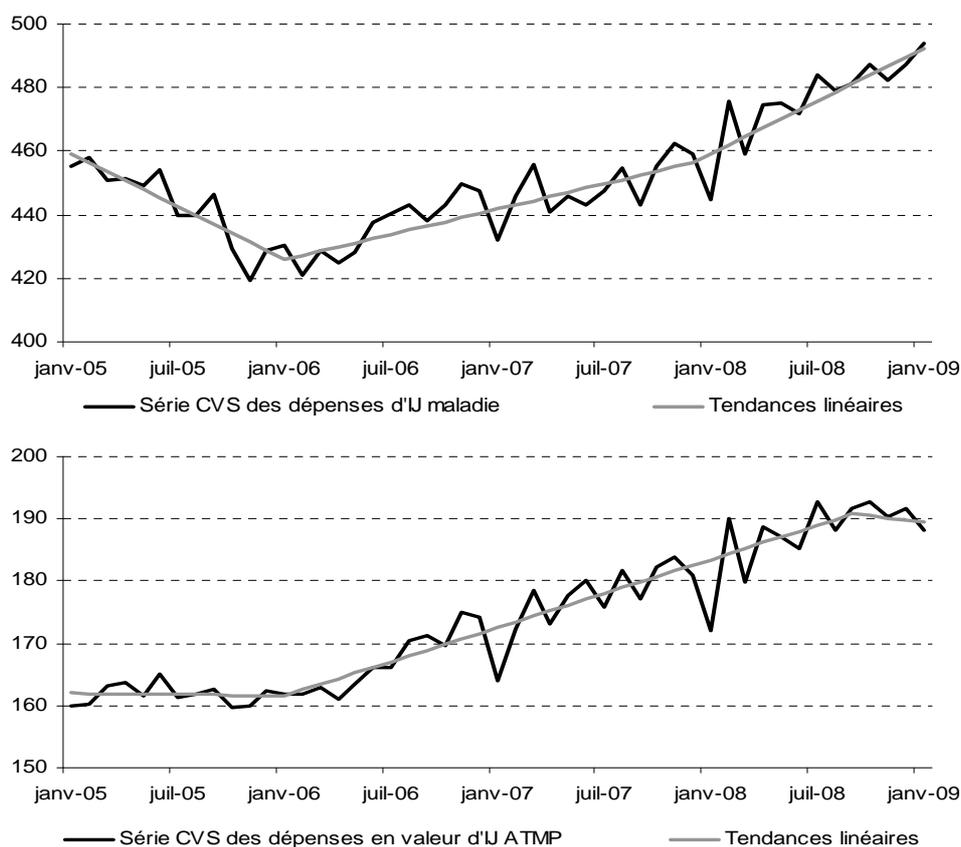
Tableau 2 – Taux de croissance semestriel en glissement annuel de la dépense d'IJ et de l'emploi salarié et contributions des postes au taux de croissance des IJ

	Contributions à la croissance (en points)			Taux de croissance total des IJ	Taux de croissance de l'emploi salarié
	ATMP	-3 mois maladie	+3 mois maladie		
1 ^{er} semestre 2006	0,0	-2,2	-2,0	-4,1%	0,8%
2 ^{ème} semestre 2006	1,7	2,2	-0,4	3,5%	1,3%
1 ^{er} semestre 2007	1,8	2,4	-0,1	4,1%	1,0%
2 ^{ème} semestre 2007	1,5	1,5	0,1	3,1%	1,8%
1 ^{er} semestre 2008	1,3	2,6	0,6	4,5%	1,1%
2 ^{ème} semestre 2008	1,1	1,6	1,8	4,5%	-0,3%

Source : traitements DSS sur données en date de soins de la CNAMTS pour les IJ et données INSEE pour l'emploi salarié. Champ : régime général y compris SLM, France métropolitaine.

Note de lecture : la dépense d'IJ maladie et ATMP augmente de 3,5 % au second semestre 2006 par rapport au second semestre 2005. L'évolution sur cette période des IJ ATMP explique 1,7 point du taux de croissance, celle des IJ maladie courte en explique 2,2 points et celle des IJ maladie longues -0,4 point.

Graphique 3 – Dynamique de court terme des dépenses mensuelles d'IJ maladie et d'IJ AT-MP en valeur (M€)



Source : traitements DSS sur données en valeur CVS de la CNAM. Champ : régime général y compris SLM, France métropolitaine.

Note de lecture : les tendances linéaires résultent d'ajustements par moindres carrés ordinaires des dépenses en valeur sur les cycles temporels observés au contraire des régressions du graphique 2 ajustées sur des facteurs explicatifs tels que l'emploi salarié et le chômage.

THÈME 11
LES PRESTATIONS VIEILLESSE

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Au 31 décembre 2008, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élevé à près de 12,1 millions pour près de 17,2 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,43 actif pour un retraité (graphique 1).

Ce ratio était supérieur à 4 au début des années 1960. L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » entraîne un choc démographique de grande ampleur. Le flux de personnes atteignant 60 ans dans l'ensemble de la population française est passé de 500 000 par an environ pour les générations nées pendant la deuxième guerre mondiale à 800 000 par an pour les générations nées à partir de 1946.

Poursuite de la croissance du nombre de retraités en 2008

Le nombre de départs à la retraite au régime général a continué d'augmenter en 2008, bien qu'à un rythme moins élevé qu'en 2007 (+2,7 % après une progression de 5,5 % en 2007), atteignant environ 772 000 contre 752 000 en 2007.

Cette augmentation tient à la combinaison de deux facteurs :

- les générations 1948 et suivantes sont du même ordre de grandeur que la précédente ;
- Le nombre de départs anticipés pour carrière longue a encore augmenté de 6,2 % en 2008 pour atteindre 122 200 (contre 115 100 en 2007). Ils représentent 15,8 % de l'ensemble des départs en 2008 (voir fiche 12-2).

L'effectif moyen de retraités a progressé au même rythme qu'en 2007 (+3,7%, soit +410 000 prestataires contre +390 000 en 2007) en raison de l'incidence de la forte augmentation du nombre des départs en 2007.

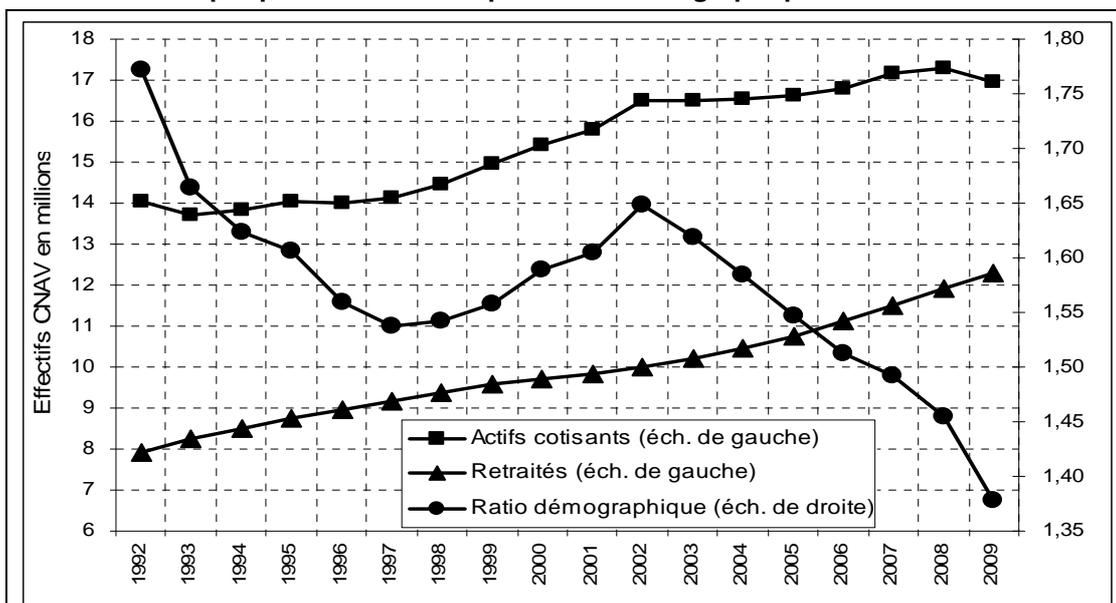
En l'absence du dispositif de retraite anticipée, le flux de départs à la retraite aurait été moins élevé sur la période 2003-2008, mais plus élevé à terme (graphique 2).

Un nombre de départs moins élevé en 2009, lié à l'augmentation de la durée d'assurance et à ses conséquences sur les départs anticipés

Le nombre de départs à la retraite au régime général diminuerait en 2009 pour s'établir à environ 694 000 (dont 51 200 départs anticipés). Ce recul s'explique par l'évolution au 1^{er} janvier 2009 des conditions pour un départ en retraite anticipée du fait de l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de 2003 (voir graphique 2 et fiche 12-2). Le nombre de trimestres requis pour un départ avant 60 ans est augmenté d'un trimestre pour la génération 1949 à quatre trimestres pour la génération 1952 à partir du 1^{er} janvier 2009 pour les assurés liquidant leurs pensions à compter de cette date. Par ailleurs, l'obligation scolaire portée à 16 ans à partir de la génération 1953 rend plus contraignante la condition de début d'activité. En conséquence de ces deux effets, le nombre de départ en retraite anticipée baisserait de 122 200 en 2008 à 51 200 en 2009.

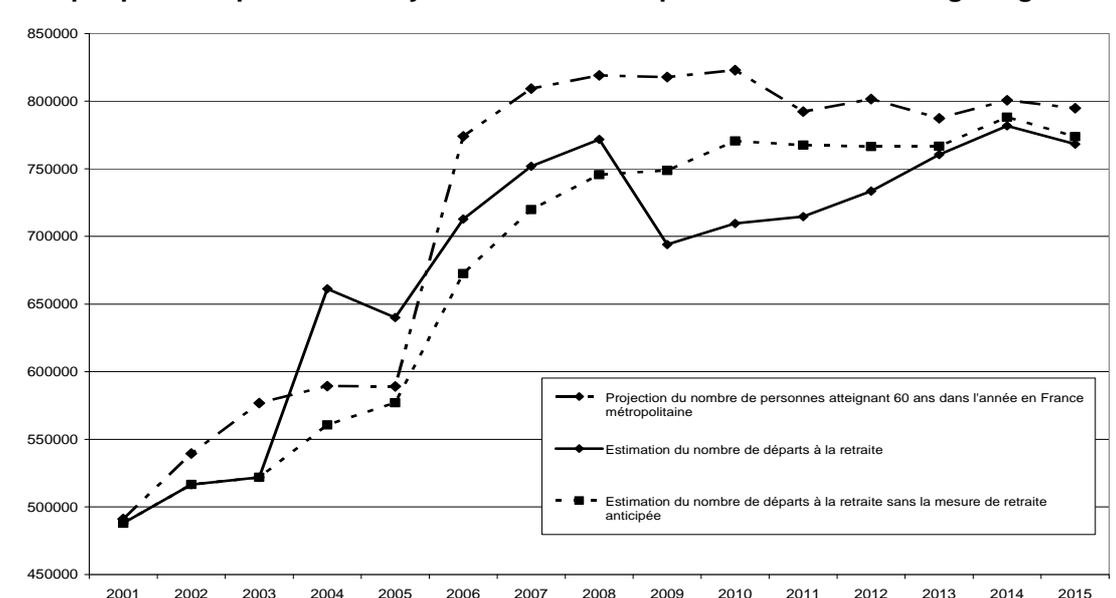
En 2009, le nombre de trimestres requis pour un départ à 60 ans a été porté à 161 trimestres. Cette augmentation d'un trimestre aurait peu d'impact sur les départs (hors retraite anticipée) qui se stabiliseraient autour de 650 000 comme en 2008. En effet, parmi les départs en retraite (hors anticipés), seule la génération 1949 est concernée par le relèvement de la durée d'assurance ; le nombre de trimestres exigé pour les assurés partant à 61 ans et plus est inchangé en 2009.

Graphique 1 : Ratio de dépendance démographique de la CNAV



Champ : métropole – effectifs au 1^{er} juillet
 Source : CNAV pour 1992-2008 ; estimation DSS pour 2009

Graphique 2 : Impact du « baby boom » sur les départs à la retraite au régime général



Source : INSEE, CNAV, DSS

À partir du 1^{er} janvier 2009, les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée évoluent conformément à la loi de 2003. En effet, les conditions de durées minimales cotisées et validées requises pour un départ en retraite anticipée sont exprimées en fonction de la durée d'assurance exigée pour un départ à taux plein, qui sera portée à 164 trimestres en 2012. Les conditions de durée exigées pour un départ en retraite anticipée en 2009 ont été en conséquence augmentées le 1^{er} janvier 2009 d'un à quatre trimestres selon la génération de l'assuré.

L'ÉVOLUTION DES PRESTATIONS DE RETRAITE

Les prestations légales servies par la CNAV ont représenté 86,9 Md€ en 2008. En 2009, elles atteindraient 91,2 Md€.

Poursuite d'une forte croissance des prestations en 2008

En 2008, les prestations ont crû de 5,6 %, soit une progression un peu moins rapide qu'en 2007 (+6,1 %). Les droits propres ont augmenté de 6,0 % contre 6,5 % en 2007, les droits dérivés de 3,5 % contre 4,3 % en 2007.

Le ralentissement de la progression des droits propres tient notamment à une revalorisation des pensions moins élevée qu'en 2007 (+1,4 % en moyenne annuelle contre +1,8 % en 2007 – voir encadré 1) qui impacte le montant des prestations servies. Corrigés de cet effet, les droits propres ont crû en 2008 de 4,6 %, comme en 2007.

En 2008, le nombre des départs anticipés pour longue carrière a encore augmenté de 6,2 % (voir fiche 11-1), le dispositif entré en vigueur en 2004 n'ayant pas achevé sa montée en charge. Le stock moyen de retraités de moins de 60 ans a augmenté en 2008 de 10,5 % (après +17,4 % en 2007), Ainsi, le coût de la mesure a progressé en 2008 à un rythme soutenu, bien que moins élevé qu'en 2007, pour atteindre 2,4 Md€ (contre 2,1 Md€ en 2007). En conséquence, la contribution de la retraite anticipée à la croissance des droits propres servis par le régime est un peu moins élevée en 2008 qu'en 2007 (0,3 point contre 0,4 point en 2007 – voir tableau 2).

Le nombre moyen de retraités de plus de 60 ans a progressé en volume de 3,6 % en 2008 (contre +3,5 % en 2007), soit une augmentation de près de 380 000 prestataires contre 360 000 en 2007 (voir fiche 11-1). Ce rythme de progression très proche de celui enregistré en 2007 tient au fait que les générations 1947 et 1948 sont du même ordre de grandeur et que les décès sont stables par rapport à 2007.

La pension moyenne des retraités (hors retraite anticipée) contribue pour près de 0,8 point en euros constants à la croissance des droits propres. Cette contribution positive tient au fait que la pension moyenne du flux entrant est plus élevée que celle du flux sortant.

... qui serait moins soutenue en 2009

En 2009, la croissance des prestations est estimée à 4,9 %, soit un rythme moins rapide qu'en 2008. Les droits propres devraient progresser de 5,1 %, les droits dérivés de 3,3 %.

Hors revalorisation des pensions¹, les droits propres augmenteraient de 3,7 %, contre 4,6 % en 2008.

Ce ralentissement tiendrait à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée compte tenu de l'évolution des règles relatives à cette mesure depuis le 1^{er} janvier 2009 en lien avec l'augmentation de la durée d'assurance (voir fiche 11-1). En 2009, l'effectif moyen de bénéficiaires du dispositif de retraite anticipée devrait diminuer fortement (-10,0 % contre une progression de +10,5 % en 2008). En conséquence, le coût du dispositif serait ramené à 2,3 Md€, soit 140 M€ de moins qu'en 2008. La retraite anticipée devrait ainsi contribuer négativement (pour -0,2 point) à la croissance des droits propres.

En 2009, le flux de départs à la retraite hors départs anticipés se stabiliserait autour de 650 000 comme en 2008. Le nombre moyen de retraités de plus de 60 ans progresserait en volume de 3,5% contre 3,6%, soit une augmentation de plus de 380 000 prestataires. L'essentiel de la progression de la dépense de droits propres s'explique donc en 2009, comme en 2008, par la croissance de la population totale des retraités.

¹ Voir encadré 1.

Le niveau de la pension moyenne des retraités contribuerait pour 0,6 point à l'augmentation des droits propres (contre 0,8 point en 2008). Cette décélération tient à la baisse de la pension moyenne du flux en raison principalement d'un effet de structure : la part des départs en retraite pour carrière longue baisse dans le total de départs ; or, les retraités anticipés ont, du fait de leur durée de carrière, des pensions moyennes plus élevées.

Tableau 1 – Masses financières des pensions et évolutions

	En M€						
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Prestations légales	77 543	82 298	6,1	86 942	5,6	91 175	4,9
Prestations légales « vieillesse »	77 495	82 251	6,1	86 897	5,6	91 095	4,8
Prestations de base	76 091	80 806	6,2	85 420	5,7	89 595	4,9
Droits propres	67 912	72 306	6,5	76 660	6,0	80 544	5,1
Avantages principaux (hors majorations)	63 372	67 599	6,7	71 702	6,1	75 511	5,3
Pension normale	52 300	56 119	7,3	59 886	6,7	63 281	5,7
Retraite anticipée	1 799	2 129	18,3	2 413	13,4	2 274	-5,8
60 ans et plus	50 501	53 991	6,9	57 473	6,4	61 007	6,1
Pension inaptitude	6 329	6 476	2,3	6 567	1,4	6 711	2,2
Pension invalidité	4 743	5 003	5,5	5 249	4,9	5 519	5,1
Minimum vieillesse (*)	1 736	1 746	0,6	1 843	5,6	1 793	-2,7
Majorations	2 804	2 962	5,6	3 115	5,2	3 240	4,0
Pour enfants	2 519	2 670	6,0	2 817	5,5	2 935	4,2
Pour conjoint à charge	59	56	-4,0	55	-3,1	56	2,3
Pour tierce personne	226	235	4,1	243	3,2	248	2,3
Droits dérivés	8 082	8 430	4,3	8 727	3,5	9 018	3,3
Avantages principaux (hors majorations)	7 475	7 825	4,7	8 130	3,9	8 417	3,5
Pensions de réversion	7 363	7 718	4,8	8 027	4,0	8 311	3,5
Pensions de veuf ou veuve	112	107	-4,7	102	-4,2	106	3,5
Minimum vieillesse (*)	231	221	-4,2	223	0,6	217	-2,7
Majorations	376	383	2,0	375	-2,2	384	2,4
Pour enfants	364	370	1,9	368	-0,7	376	2,4
Majorations L. 815-3	12	10	-18,8	7	-27,4	7	1,3
Autres	0	3	++	0	--	0	
Divers	97	70	-27,7	33	-53,4	33	0,6
Prestations au titre de l'adossement des IEG	1 404	1 445	2,9	1 477	2,2	1 500	1,6
Prestations légales « veuvage »	48	44	-8,9	38	-13,3	73	89,6
Prestations légales « invalidité »		3	++	7	++	7	1,3

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

* En 2008, une prime exceptionnelle de 200€¹ a été versée à la fin du mois de mars aux titulaires du second étage du minimum vieillesse ainsi qu'aux bénéficiaires de l'ASPA (voir rapport de septembre dernier). Cet effet exceptionnel permet d'expliquer l'augmentation en 2008 des masses **globales** versée au titre du minimum vieillesse.

Tableau 2 – Décomposition des différents facteurs d'augmentation des droits propres

	En %			
	2006	2007	2008	2009
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	1,8	1,8	1,4	1,3
Effet retraite anticipée	0,6	0,4	0,3	-0,2
Effet stock (nombre de retraités)	2,9	3,5	3,6	3,5
Effet pension moyenne	0,7	0,8	0,8	0,6
Evolution des droits propres	6,0	6,5	6,0	5,1

¹ Ce versement exceptionnel constituait la première étape de la revalorisation de 25 % entre 2007 et 2012 du minimum vieillesse accordée aux personnes isolées (voir fiche 15-1). Le montant maximum de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) servi aux personnes isolées a été revalorisé de 6,9 % en avril 2009 (voir infra).

Encadré 1 – Revalorisation des pensions en 2009

Aux termes de la loi d'août 2003, le coefficient de revalorisation des pensions est égal à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N, corrigé, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N.

À partir de 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 et ajustée sur la base de l'inflation définitive constatée pour N-1 (qui est connue en avril N de manière définitive).

La revalorisation de 1,0 % en 2009 correspond à la dernière hypothèse d'inflation retenue pour 2009 (0,4 %) ainsi qu'à un rattrapage de +0,6 point se décomposant comme suit :

- une révision à la hausse de 1,2 point correspondant à l'écart constaté au titre de 2008 entre l'inflation réalisée (2,8 %) et la prévision qui avait été retenue à l'automne 2007 (1,6 %) ;
- une diminution de 0,6 point s'expliquant par le fait que la revalorisation exceptionnelle de 0,8 point intervenue le 1^{er} septembre 2008 prenait en compte à hauteur de 0,6 point l'accélération de l'inflation en 2008. C'était l'anticipation d'une partie du rattrapage à réaliser au 1^{er} janvier 2009. Cette correction¹ aurait dû être effectuée en tout état de cause au 1^{er} janvier 2009 (voir fiche 10-2 du rapport de juin 2008).

Du fait de cette modification des règles de revalorisation des prestations vieillesse, la revalorisation des pensions sera de 1,3 % en moyenne annuelle en 2009. Elle contribuera pour 0,7 Md€ à l'augmentation des prestations légales de la CNAV en 2009.

L'ensemble des régimes de base sont impactés 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).

En %	2006	2007	2008		2009
Prix hors tabac estimés pour l'année N (PLF N) (1)	1,8	1,8	1,6	Prix hors tabac estimés pour l'année N (a)	0,4
Prix hors tabac effectifs pour l'année N-1 (PLF N) (2)	1,8	1,8	1,3	Inflation définitive constatée pour l'année N-1 (b) = (6)	2,8
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 (PLF N-1) (3)	1,8	1,8	1,8	Prix hors tabac estimés pour N-1 (PLF N-1) (c)	1,6
				Ecart entre l'inflation réalisée N-1 et la prévision (PLF N-1) (d) = (b) - (c)	1,2
Rattrapage : écart dans les prévisions dans les prix hors tabac entre les PLF N et N-1 (4) = (2) - (3)	0,0	0,0	-0,5	Effet de la correction anticipée par la revalorisation du 01/09/2008 (e)	0,6
				Rattrapage (f) = (d) - (e)	0,6
Revalorisation au 1^{er} janvier N (5) = (1) + (4)	1,8	1,8	1,1	Revalorisation au 1^{er} avril N (g) = (a) + (e)	1,0
Revalorisation exceptionnelle au 1^{er} septembre 2008			0,8		
Revalorisation en moyenne annuelle			1,4	Revalorisation en moyenne annuelle	1,3
Inflation mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N (6) (publiée en janvier N+1)	1,7	1,5	2,8		

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

Lecture : En 2007, les pensions ont été réévaluées de 1,8 %. Au 1^{er} janvier 2008, il n'y a pas eu lieu de prendre en compte de révision au titre de 2006 puisque l'inflation pour 2006 figurant dans le rapport économique, social et financier de septembre 2006 (PLF 2007) (1,8 %) correspondait aux prévisions retenues à l'automne 2005.

¹ Cette révision de 0,6 point correspond à la révision de l'hypothèse d'inflation 2008 retenue au printemps dernier (2,2 % soit 0,6 point de plus que dans le PLF 2008) par rapport à celle retenue lors du PLF 2008 (1,6 %).

Encadré 2 – Principales dispositions de la LFSS pour 2009 relatives à l'assurance vieillesse

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 comporte différentes mesures destinées au redressement de l'assurance vieillesse ainsi qu'à l'amélioration de l'emploi des seniors ou à la solidarité envers les retraités les plus modestes. Les principales sont décrites ci-dessous.

Revalorisation des pensions de retraite

L'article 79 de la LFSS pour 2009 a modifié l'article L.161-23-1 du Code de la sécurité sociale : la date de revalorisation des pensions de vieillesse est désormais fixée au 1^{er} avril.

Revalorisation du minimum vieillesse

L'article 73 de la LFSS autorise une revalorisation du minimum vieillesse au-delà de ce que permet le Code de la sécurité sociale qui prévoit que les allocations d'assurance vieillesse aux personnes âgées et leurs plafonds de ressources sont revalorisés comme les pensions de vieillesse, c'est-à-dire en fonction de l'évolution des prix hors tabac. Le décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 pris pour l'application de cet article prévoit ainsi pour chaque année entre 2009 et 2012 une revalorisation particulière de la minimum vieillesse accordée aux personnes isolées dont le montant sera augmenté de 25% d'ici à décembre 2012.

Libéralisation du cumul emploi-retraite

L'article 88 de la LFSS pour 2009 libéralise les conditions permettant aux retraités de cumuler une pension de retraite et un revenu d'activité professionnelle. Toutes les restrictions en vigueur (plafond de cumul de ressources, délai de latence de six mois avant de retourner chez son dernier employeur) sont supprimées à compter du 1^{er} janvier 2009 dès lors que le retraité a liquidé toutes ses pensions de retraite auprès des régimes obligatoires d'assurance vieillesse et qu'il a soit justifié d'une durée d'assurance au moins égale à la durée exigée pour une liquidation de pension au taux plein à partir de 60 ans, soit atteint l'âge de 65 ans. La condition de rupture de tout lien professionnel avec l'employeur est maintenue pour l'ensemble des personnes concernées. Au 1^{er} janvier 2009, les nouvelles règles s'appliquent aux pensions ayant déjà pris effet comme pour celles qui prendront effet à compter de cette date. Les assurés qui ne remplissent pas ces conditions d'âge ou de durée d'assurance restent soumis aux règles prévalant avant le 1^{er} janvier 2009 en matière de cumul emploi retraite.

Surcote

Nouveau taux de majoration

L'article 5 du décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 modifie les règles d'application du dispositif de surcote qui est portée au taux unique de 1,25% pour chaque trimestre cotisé à partir du 1^{er} janvier 2009. Cette disposition est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Pour les trimestres de surcote acquis entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2008 les trois taux de surcote (0,75 %, 1,0% et 1,25 % selon le respect des différents critères prévus) sont maintenus.

Surcote appliquée au minimum contributif

L'article 89 de la LFSS modifie les modalités de comparaison du montant de la pension de retraite avec le montant du minimum contributif applicable lorsque le prestataire bénéficie de la surcote. La surcote s'ajoute à compter du 1^{er} avril 2009 au montant du minimum contributif dans des conditions fixées par décret. Elle est dorénavant déterminée sur la base du montant de la pension avant qu'il ne soit porté au niveau du minimum contributif. Ainsi, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009, la surcote n'est plus incluse dans le montant de la retraite avant comparaison avec le niveau du minimum contributif, majoré ou non. Elle est ajoutée en tout état de cause.

Minimum contributif

L'article 80 de la LFSS introduit une nouvelle condition pour l'attribution de la majoration du minimum contributif (MICO) au titre des périodes cotisées. Cette majoration est désormais attribuée si l'assuré justifie d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à 120 trimestres. Cette mesure s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009.

Rachat de cotisations au titre du départ anticipé à la retraite

L'article 120 de la LFSS pour 2009 limite la portée des attestations sur l'honneur pour le recours aux régularisations de cotisations arriérées : lorsque la preuve de l'activité rémunérée ne peut être apportée par des éléments probants, l'attestation sur l'honneur admise le cas échéant par la caisse de sécurité sociale ne permet pas de valider plus de quatre trimestres d'assurance (voir fiche 12-2).

Rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion

L'article 74 de la LFSS pour 2009 fixe à 55 ans l'âge minimal requis pour l'attribution de pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2009. Toutefois, lorsque le conjoint de l'assuré est décédé avant le 1^{er} janvier 2009, l'âge minimum est fixé à 51 ans, quelle que soit la date de dépôt de la demande de pension de réversion.

Cette mesure a un impact sur le droit à l'allocation de veuvage : les personnes qui ne remplissent pas la condition d'âge pour ouvrir droit à pension de réversion (55 ans à compter de janvier 2009) peuvent bénéficier de l'assurance veuvage jusqu'au 31 décembre 2010.

THÈME 12
ÉCLAIRAGES VIEILLESSE

BILAN DE LA RETRAITE ANTICIPÉE

Depuis le 1^{er} janvier 2004, les assurés du régime général ont la possibilité de partir à la retraite avant l'âge de 60 ans lorsqu'ils remplissent des conditions minimales de durée cotisée et de durée validée tous régimes. Ces conditions ont évolué au 1^{er} janvier 2009 (voir encadré). De plus, un dispositif analogue destiné aux assurés handicapés est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2004.

560 000 bénéficiaires au régime général depuis l'origine de la mesure

Le rythme des départs anticipés est resté soutenu en 2008

Au cours de l'année 2008, 122 200 retraites anticipées pour longue carrière ont été liquidées au régime général. Depuis la mise en place de la mesure en 2004, celle-ci a bénéficié à 560 00 personnes. Parmi celles-ci, 112 200 correspondent à un départ effectif en 2004, 102 210 à un départ en 2005, 107 710 à un départ en 2006, et 115 120 à un départ en 2007 (voir graphique 1)¹. On observe un afflux important de départs fin 2008 dû à l'anticipation par les futurs retraités du durcissement des conditions d'attribution sur la durée validée et cotisée (voir encadré) : un nombre important de pensions ont été en effet attribuées début 2009 avec effet au quatrième trimestre 2008.

Le coût des départs anticipés a atteint 1,3 Md€ en 2005, 1,8 Md€ en 2006, 2,1 Md€ en 2007 et 2,4 Md€ en 2008. On observe, depuis 2007, un ralentissement de la progression des dépenses (+14 % en 2008, contre +17 % en 2007 et +38 % en 2006), qui traduit la fin de la montée en charge du dispositif. Compte tenu de l'observé à ce jour, le flux 2009 serait de l'ordre de 51 000 départs. Cette baisse s'explique par le durcissement des conditions d'attribution, la scolarité rendue obligatoire à 16 ans à partir de la génération 1953 (qui rend plus difficile la condition de début d'activité) et la diminution des régularisations des cotisations arriérées. Le coût de la mesure de retraite anticipée s'élèverait à 2,3 Md€ en 2009.

Par ailleurs, 5 000 retraites anticipées ont été attribuées entre juillet 2004 et décembre 2008 au profit d'assurés handicapés pour un coût cumulé d'environ 64 M€.

Une tendance à partir dès 56 ans lorsque c'est possible

On observe une relative stabilité des départs en retraite anticipée par âge entre 2005 et 2008² pour les 57, 58 et 59 ans, autour d'environ 20 000 à 25 000 départs par an (à chaque âge). Par contre, les départs à l'âge de 56 ans sont, d'une part, plus importants en nombre qu'aux âges suivants, et d'autre part, ils ont augmenté fortement sur la période passant d'environ 22 000 en 2004 à environ 52 000 en 2008. Les départs à 56 ans sont plus nombreux en raison notamment de l'impact des régularisations de cotisations arriérées à cet âge. En effet, on remarque une concentration des régularisations à 56 ans et avant, qui, compte tenu des délais moyens observés entre régularisation et liquidation (11 mois à 55 ans et moins, 8 mois à 56 ans) laisse penser que la proportion des régularisations dans les départs est plus importante à 56 ans qu'à des âges plus élevés.

¹ La date d'attribution ne correspond pas forcément à la date d'effet de la pension. En effet, dans certains cas, les pensions peuvent être attribuées de manière avancée par rapport à leur date de prise d'effet (lorsque l'assuré demande sa retraite plusieurs mois par exemple à l'avance) ; dans d'autres cas, les pensions peuvent être attribuées postérieurement à leur date d'effet (les versements sont alors faits de manière rétroactive). Il peut dès lors y avoir un décalage entre l'année d'attribution des droits et l'année de prise d'effet. Ainsi, 124 125 retraites anticipées ont été attribuées en 2004, 103 000 en 2005, 108 400 en 2006, 116 600 en 2007 et 100 620 en 2008.

² 2004 étant une année atypique puisque caractérisée par un rattrapage de stock.

Évolution des conditions pour un départ en retraite anticipée en 2009

Avant 2009, les conditions d'ouverture du droit à la retraite anticipée avant 2009 étaient identiques quelle que soit la génération à laquelle appartient l'assuré. Seuls l'âge de départ et l'âge de début d'activité conditionnent les critères d'éligibilité :

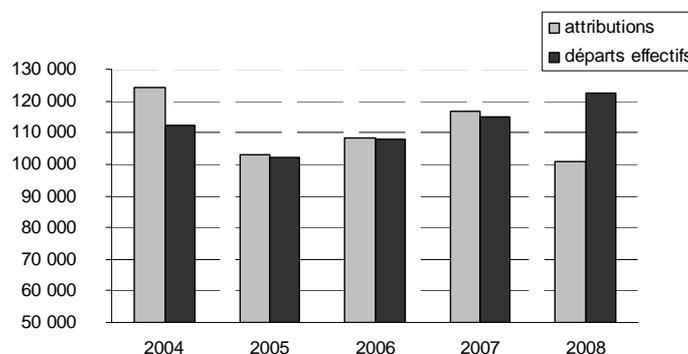
Age de départ	Durée d'assurance totale (en trimestres)	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité
56 ou 57 ans	168	168	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
58 ans		164	
59 ans		160	

À compter de 2009, les conditions pour un départ en retraite anticipée évoluent en lien avec l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de 2003, et sont fonction de la génération de l'assuré et de son âge au moment de son départ en retraite. Ainsi, le nombre de trimestres requis pour un départ avant 60 ans augmente de un à quatre à partir du 1^{er} janvier 2009 pour les assurés des générations 1949 et suivantes, liquidant leurs pensions à compter de cette date.

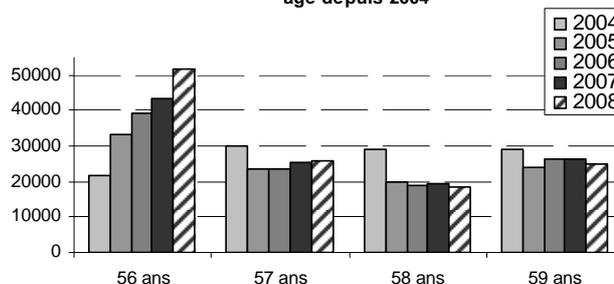
Année de naissance	Age de départ	Durée d'assurance totale (en trimestres)	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1949	59 ans	169	161	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
	58 ans	170	166	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
1950	59 ans	170	162	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
	57 ans	171	171	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
1951	58 ans	171	167	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	59 ans	171	163	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
1952 et après	56 ou 57 ans	172	172	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	58 ans	172	168	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	59 ans	172	164	Avant la fin de l'année civile des 17 ans

* 5 trimestres validés avant la fin de l'année civile requis (ou 4 trimestres pour les personnes nées au cours du dernier trimestre).

Graphique 1 – Flux annuel des retraites anticipées (régime général)



Graphique 2 - Flux annuel des départs anticipés effectifs par âge depuis 2004



Source : CNAV (2009)

Par ailleurs, la forte augmentation des flux de départs à 56 ans observée en 2008 pourrait s'expliquer par une anticipation des changements réglementaires relatifs aux conditions d'accès en retraite anticipée. En effet, tout dossier déposé avant le 1^{er} décembre 2008 suit la réglementation en vigueur à cette date et n'a donc pas pris en compte l'évolution de la durée d'assurance à partir du 1^{er} janvier 2009.

Le recours à la régularisation de cotisations arriérées

La dynamique des régularisations s'est nettement ralentie en 2008 sans toutefois que cela contrebalance la hausse des départs en retraite anticipée

L'acquisition de droits à retraite se fait en principe dans le cadre de l'activité professionnelle, qui donne lieu au versement de cotisations en temps réel. Toutefois, lorsque les cotisations n'ont pas pu être acquittées par l'employeur, le dispositif de régularisation de cotisations arriérées permet de valider des périodes d'apprentissage ou de salariat, en contrepartie d'un versement par les assurés (voir encadré).

La mise en place de la retraite anticipée en 2004 a engendré un accroissement important du recours à la régularisation de cotisations arriérées qui permet d'acquiescer des trimestres et donc de remplir plus aisément les conditions pour un départ en retraite anticipé, notamment celles concernant le début d'activité. Ainsi, le nombre de régularisations de cotisations arriérées est passé de moins de 5 000 en 2003 à environ 30 000 tous les ans de 2004 à 2007. Ces régularisations de cotisations se rapportent principalement aux activités exercées à l'âge de 14-15 ans (voir graphique 3). Parmi les 131 719 assurés ayant effectué une telle régularisation de cotisations entre janvier 2004 et décembre 2008, 110 250 ont liquidé leur retraite sur la même période, dont 100 712 sont partis en retraite anticipée (soit 91%).

En 2008, on constate une baisse significative (environ -60%) du nombre de régularisations de cotisations arriérées par rapport aux années précédentes (12 700 en 2008 contre 29 800 en moyenne entre 2004 et 2007). Compte tenu du délai observé entre la régularisation et la liquidation des pensions, la réforme des régularisations a réduit d'environ 3 000 les départs en retraite anticipée en 2008, et son impact négatif serait d'environ 11 000 en 2009. Les nouvelles dispositions réglementaires mises en place durant l'année 2008 (voir encadré) rendent plus contraignant l'accès à ce dispositif. Ainsi, l'encadrement porte à la fois sur le recours limité aux attestations sur l'honneur, la convocation des témoins et leur lien de parenté et un formulaire d'attestation plus complet. Par ailleurs, une majoration, de 2,5% par an a été introduite, qui vise à mieux prendre en compte l'impact financier de la régularisation. Enfin, une condition de durée minimale a été mise en place : le versement des arriérés de cotisations ne pourra être effectué que pour une période d'activité continue d'au moins égale à 90 jours.

Des économies attendues mais difficiles à chiffrer

Compte tenu du recours élevé aux régularisations de cotisations dans le cadre du dispositif de retraite anticipée, les mesures prises pour limiter l'accès aux régularisations vont diminuer le nombre de départs anticipés entraînant ainsi des économies. Ainsi, pour le seul régime général et sous certaines hypothèses, la baisse du nombre de régularisations observée en 2008 engendrerait une économie d'environ 78 M€ en 2009 et 116 M€ en 2010. À cette baisse, il conviendrait d'ajouter les économies supplémentaires liées à de moindres régularisations sur 2009 et 2010.

La régularisation de cotisations arriérées

Régime général : la procédure de régularisation de cotisations arriérées des salariés concerne les périodes d'activité au cours desquelles les cotisations normalement dues n'ont pas été versées par l'employeur ; des modalités particulières de régularisation sont par ailleurs prévues pour les apprentis pour les contrats d'apprentissage conclus avant le 1^{er} juillet 1972.

La demande de régularisation : pour obtenir la régularisation des cotisations arriérées, une demande doit être effectuée par l'employeur, au nom de l'assuré et auprès de l'URSSAF (à partir du 1^{er} janvier 2010, les demandes doivent être déposées auprès de la CNAV). Toutefois, le salarié ou l'apprenti peut effectuer lui-même le versement des régularisations de cotisations lorsque l'employeur a disparu ou refuse d'effectuer cette régularisation.

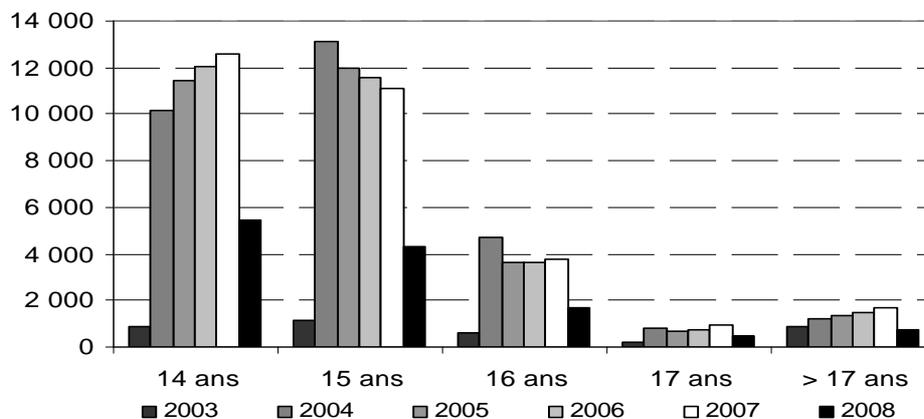
La circulaire du 23 janvier 2008 a renforcé les modalités de contrôle des demandes de régularisation d'arriérés de cotisations. Pour éviter les fausses déclarations, la procédure a été plus encadrée via notamment un recours restreint à l'utilisation des attestations sur l'honneur (les deux témoins doivent dorénavant se présenter en personne et ils ne doivent pas avoir de lien de parenté au 1^{er}, 2^e ou 3^e degré avec le demandeur) et des pièces à fournir plus nombreuses dont un nouveau formulaire d'attestation plus complet. Lorsque la rémunération perçue par le salarié n'est pas démontrée, une condition de durée minimale a été instaurée : dorénavant, le versement des arriérés de cotisations ne pourra être effectué qu'au titre d'une période d'activité continue au moins égale à 90 jours (les périodes peuvent être discontinues si elles ont été accomplies pour le compte du même employeur et au cours de la même année civile). Par ailleurs, lorsque les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire, le nombre de trimestres validés correspond désormais strictement à la durée de la période de travail effective. Enfin, une autre restriction est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 (article 120 de la LFSS 2009) portant sur le durcissement des droits ouverts grâce à l'utilisation des attestations sur l'honneur. Lorsque la preuve de l'activité rémunérée ne peut être faite par des éléments probants, l'attestation sur l'honneur admise le cas échéant ne permet plus de valider que 4 trimestres au maximum.

Le calcul des cotisations : la régularisation porte sur les cotisations salariales et patronales.

La circulaire du 10 novembre 2008 présente les nouvelles modalités de calcul des arriérés de cotisations telles qu'issues du décret n° 2008-845 du 25 août 2008 et de l'arrêté du même jour. Le tarif de régularisation des cotisations arriérées a été majoré de 2,5%, par année civile séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause, pour mieux prendre en compte l'effet lié au temps.

Si le salarié ne peut pas justifier du montant de sa rémunération, les cotisations arriérées sont calculées sur une assiette forfaitaire, égale à 75 % du plafond de l'époque, à partir de 1967. S'agissant des apprentis, l'assiette de calcul est forfaitaire – environ deux fois moins élevée que celle applicable aux salariés – de laquelle est déduit l'éventuel report au compte pour la période d'apprentissage. La régularisation doit concerner la totalité de la période d'apprentissage, sauf pour la dernière année d'apprentissage où le versement peut être limité au nombre de trimestres souhaités (pour les demandes formulées avant le 31 décembre 2007). Dans les deux cas, le taux de cotisation applicable est le taux de cotisation vieillesse incombant au salarié et à l'employeur en vigueur lors de la période d'activité en cause ; ce taux est de 9 % pour les périodes antérieures au 1^{er} octobre 1967.

Graphique 3 – Nombre d'assurés ayant effectué une régularisation, selon l'âge auquel est affectée la plus ancienne cotisation arriérée



Source : CNAV

THÈME 13
LES PRESTATIONS FAMILLE

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET JURIDIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Le contexte démographique

Le dispositif des prestations familiales est fortement corrélé au nombre de naissances, à l'âge des enfants et à la taille des familles. Le nombre de naissances vivantes demeure relativement élevé en France depuis 2000, supérieur à 800 000 par an (données France entière). En revanche, la taille des familles ne cesse de se réduire en se concentrant autour des ménages avec deux enfants et l'âge moyen des mères à la naissance continue de s'élever (29,9 ans en 2008 contre 29,8 en 2007 et 28,3 en 1990 – données INSEE). Plus d'un cinquième des naissances (21,5 %) sont issues de mères de plus de 35 ans (20 % en 2005 et 16,5 % en 1998).

Le nombre de sorties des différentes prestations familiales découle chaque année du dynamisme des naissances sur le passé : dans le cas général, 20 ans plus tôt pour les allocations familiales, 21 ans pour le complément familial et 3 ans pour les aides destinées aux jeunes enfants.

Des entrées dans le dispositif des prestations familiales plus nombreuses

En 2008, 834 000 naissances ont été enregistrées en France (dont 33 000 dans les départements d'outre-mer), en hausse de 2,1% en un an (+17 500 par rapport à 2007). C'est le plus haut niveau observé depuis 1981.

Pour 2009, on retient l'hypothèse d'une diminution de la natalité de 0,5 % (France entière) par rapport au niveau de 2008 du fait de la baisse du nombre de femmes en âge de procréer.

En 2009, la génération 1989 qui atteint l'âge de 20 ans étant moins nombreuse que celle qui naît, le nombre de bénéficiaires des allocations familiales devrait également augmenter, même si ce lien n'est pas mécanique : en effet, le service des allocations familiales peut être interrompu avant les 20 ans de l'enfant (lorsqu'il n'est plus à charge) et elles ne sont pas versées aux familles d'un enfant.

En revanche, les sorties de la PAJE en 2009 devraient être équivalentes aux entrées, en raison de l'hypothèse de stabilité des naissances en 2009 par rapport à 2006.

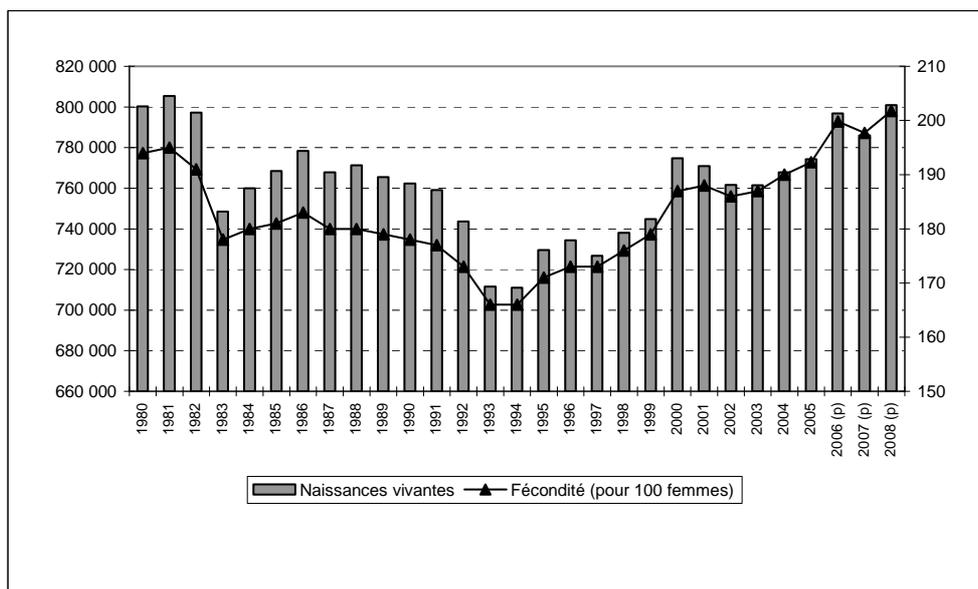
La réduction tendancielle de la taille des familles modère toutefois la progression des dépenses

Si le rythme soutenu des naissances contribue à l'accroissement de la population, le nombre de ménages croît encore plus vite (26,4 millions de ménages en 2005 contre 21,9 en 1990).

Le tableau 1 montre une forte progression des naissances de rang 1 dont la part dans l'ensemble des naissances s'est accrue de 8 points entre 1998 et 2007 (passant de 49,6 % à 57,2 %). À l'inverse, les naissances de rang supérieur ont toutes diminué en valeur absolue au cours de cette même période, reflétant ainsi une réduction de la taille des familles.

Le nombre de familles d'un ou deux enfants bénéficiant d'une prestation de la CNAF augmente depuis 1998, en lien avec le dynamisme de la natalité. À l'inverse, les familles de trois et surtout celles de quatre enfants et plus sont de moins en moins nombreuses parmi les allocataires de la branche (voir graphique 2). La diminution de la taille des familles réduit tendanciellement les dépenses de la branche.

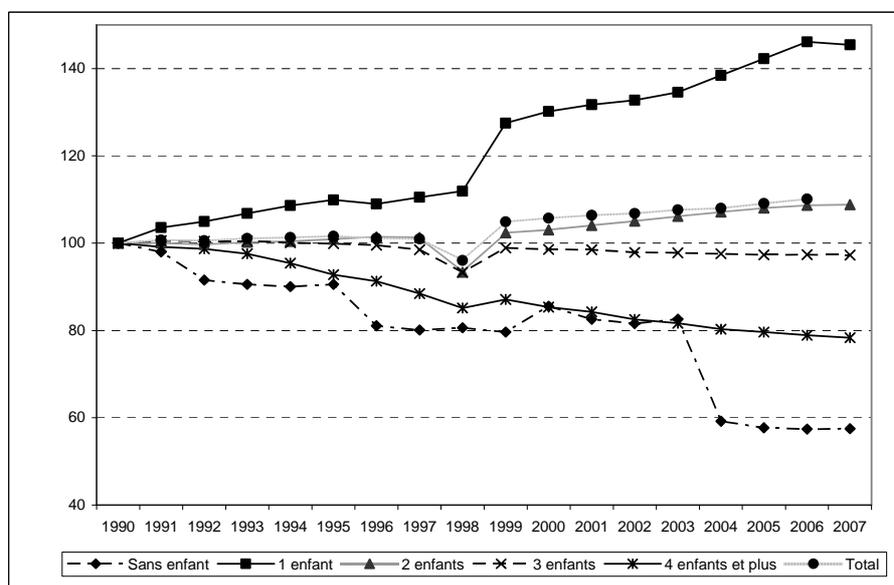
Graphique 1 – Naissances vivantes et fécondité de 1980 à 2008 (France métropolitaine)



Source : INSEE

Lecture : le nombre (provisoire) des naissances en 2008 s'élève à 801 000 en France métropolitaine ; l'indicateur conjoncturel de fécondité augmente par rapport à 2007 (201,8 contre 197,7 enfants pour cent femmes).

Graphique 2 – Évolution du nombre de familles bénéficiaires de prestations familiales selon le nombre d'enfants (base 100 en 1990)



Source : CNAF

Notes : les ménages sans enfant percevant des prestations familiales sont principalement des femmes enceintes (API, prime de naissance versée au 7^e mois de grossesse) ainsi que des bénéficiaires d'allocations logement, sans enfant mais avec des personnes âgées à charge ; la forte augmentation du nombre de familles avec un enfant bénéficiaires de prestations familiales entre 1998 et 1999 est la conséquence d'une extension du champ de l'allocation de rentrée scolaire. La forte diminution du nombre de bénéficiaires sans enfant en 2004 est due au remplacement de l'APJE courte prénatale (versée chaque mois à partir du 5^e mois de grossesse) par la prime de naissance de la PAJE (versée en une fois au 8^e mois de grossesse).

En effet, certaines prestations ne sont pas servies en dessous d'un certain nombre d'enfants (AF, CF) et ont des barèmes progressifs en fonction du nombre d'enfants (AF). Parmi les familles bénéficiaires de prestations familiales, la part des familles monoparentales avec enfants dans l'ensemble des familles ayant des enfants à charge (25,8 % en 2008, données CAF) a progressé de près de 5 points en dix ans.

Le contexte juridique

Revalorisations et conditions d'attribution

La plupart des prestations familiales sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier sur la base de la BMAF (voir tableau 2). Jusqu'en 2007, l'examen des conditions d'attribution des prestations familiales sous conditions de ressources était effectué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base des revenus N-1. A compter de 2009, cet examen a lieu le 1^{er} janvier de chaque année (sur la base des revenus N-2). En 2008, année de transition, aucune révision des ressources n'a été effectuée¹.

La réforme du calendrier qui a consisté à retarder de six mois l'examen des conditions de ressources (du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009) a entraîné des dépenses supplémentaires pour la branche famille puisqu'elle a continué à servir des prestations au second semestre 2008 à des allocataires qui, dans le précédent calendrier, auraient été exclus au 30 juin ou auraient vu leurs aides diminuer. Cette dépense est estimée à 160 M€ pour la branche famille en 2008, dont 90 M€ sur les seules aides au logement.

Mesures nouvelles concernant la branche famille

La LFSS pour 2008 a prévu l'unification des majorations pour âge des allocations familiales à partir du 1^{er} mai 2008. La majoration est désormais servie à 14 ans pour un montant de 62 € par mois ; elle était auparavant de 35 € par enfant de 11 à 15 ans et de 62 € par enfant de 16 ans et plus. La mesure, qui s'applique aux enfants nés après le 30 avril 1997 (fêtant donc leur onzième anniversaire à partir du 1^{er} mai 2008), monte en charge progressivement : elle entraînerait une économie de l'ordre de 40 M€ en 2008 et de 200 M€ en 2009.

D'autres mesures ont également un effet sur les dépenses de la branche famille :

- depuis 2008, le montant de l'allocation de rentrée scolaire est modulé selon l'âge de l'enfant pour tenir compte de l'augmentation du coût des études avec le niveau du cycle scolaire ; cette mesure se traduit par une dépense annuelle de 40 M€ ;
- à compter de 2009, le complément de garde de la PAJE est modulé en fonction de l'horaire de travail des parents, afin de mieux tenir compte du phénomène des horaires atypiques. Cette mesure représenterait 25 M€ de charges supplémentaires pour la CNAF en 2009. De plus, afin de favoriser le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance par des assistants maternels, le nombre d'enfants pouvant être gardés par chaque assistant maternel a été porté de trois à quatre. Le coût pour la branche famille de cette mesure est estimé à 55 M€ ;
- concernant les prestations logement, l'augmentation en deux temps de la participation personnelle minimale (de 30 € à 31 € au 1^{er} janvier 2008, puis de 31 € à 33 € au 1^{er} janvier 2009) génère une économie de 4 M€ en 2008 et 27 M€ en 2009 (6 M€ au titre de l'ALF et 21 M€ au titre de l'APL). L'augmentation de 30 % du forfait de charges dans les DOM conduit par ailleurs à une dépense supplémentaire de 8 M€ en 2009 au titre de l'ALF (l'APL n'est pas servie dans les DOM).

¹ Comme tendancielllement les revenus moyens des ménages pris en compte dans la base ressources (essentiellement des salaires) augmentent plus rapidement que les plafonds de ressources (revalorisés de l'inflation), le réexamen annuel des conditions de ressources conduit, toutes choses égales par ailleurs, à exclure mécaniquement un certain nombre de bénéficiaires (les anciens bénéficiaires dont les ressources ont basculé au-dessus du plafond perdent leur droit à l'allocation).

Tableau 1 – Part des naissances selon le rang de l'enfant (France entière)

Année	Naissances vivantes	Rang de l'enfant (en %)			
		1	2	3	4 ou plus
1998	768 581	49,6	31,7	12,6	6,1
1999	776 548	51,2	31,1	12,0	5,7
2000	808 249	52,4	30,2	11,8	5,5
2001	804 052	54,7	28,9	11,2	5,2
2002	793 606	56,1	28,4	10,6	4,9
2003	793 893	57,1	28,0	10,3	4,6
2004	800 240	57,7	27,5	10,2	4,6
2005	807 787	57,7	27,7	10,2	4,5
2006	830 288	57,8	27,4	10,3	4,5
2007	819 605	57,2	27,8	10,4	4,5
2008(p)	834 000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source : Insee, état civil

Tableau 2 – Décomposition de la revalorisation de la BMAF

	2006	2007	2008	2009
Evolution prévisionnelle des prix hors tabac	1,7%	1,8%	1,6%	1,5%
Rattrapage*	0,1%	-0,1%	-0,6%	1,5%
Revalorisation totale	1,8%	1,7%	1,0%	3,0%
Coût (en millions d'€)	470	460	270	820

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation

Source : DSS (SDEPF/6A)

Note : En 2008, la BMAF est revalorisée de 1 % pour une prévision d'inflation 2008 de 1,6 %. Deux corrections d'inflation sont opérées (-0,5 % au titre de 2007, -0,1 % au titre de 2006). En 2009 la revalorisation est de 3 % au 1^{er} janvier : 1,5 % d'inflation prévisionnelle 2009 + 1,3 point de rattrapage au titre de 2008 + 0,2 de rattrapage au titre de 2007.

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations familiales ont progressé de 3,5 % en 2008 et décélèreraient en 2009 (+2,3 %)

La croissance des prestations a été de 3,5 % en 2008 (après 3 % en 2007). Hors les effets liés au changement de méthode comptable¹, les prestations auraient crû de 3,2 % en 2008 et augmenteraient de 2,3 % en 2009.

Ces évolutions se décomposent en plusieurs effets :

- un effet prix ;
- un effet mesures nouvelles ;
- un effet variation des effectifs de bénéficiaires ;
- et un effet prestations moyennes.

Les effets prix représentent 1,5 point de croissance en 2008 et le double en 2009.

L'effet « revalorisation » est une moyenne pondérée des évolutions des barèmes : BMAF, effet de la hausse du Smic, actualisation logement et revalorisation de l'AAH. Il est au total de 1,5 % en 2008.

En 2008, la revalorisation de la BMAF (+1 %) au 1^{er} janvier 2008 a été moindre que celle du 1^{er} janvier 2007 (+1,7 %). Elle explique seule près de la moitié de l'effet prix (0,7 point – voir fiche 13-1 pour le calcul de la BMAF).

Les revalorisations des allocations en faveur du logement, de l'AAH et du Smic ont été supérieures à celle de la BMAF en 2008.

En 2009, l'effet des prix expliquerait 3,1 points de croissance. Cette accélération par rapport à 2008 tiendrait principalement à la revalorisation de la BMAF à 3 % (du fait de son poids dans l'explication des effets des prix sur la croissance de la masse des prestations familiales) mais aussi à la revalorisation de l'AAH. La forte revalorisation de l'AAH en 2009 s'explique par l'intégration dans la prévision de trois revalorisations successives de la prestation : +3,9 % au 1^{er} septembre 2008, +2,2 % au 1^{er} avril 2009 et +2,2 % au 1^{er} septembre 2009.

Les mesures nouvelles ont expliqué 1 point de croissance des prestations légales en 2008 ; elles conduiraient à une réduction de ces dépenses de -1,3 point en 2009

En 2008, l'effet mesures nouvelles 2008 est marqué par un fort coût différentiel du dispositif de la PAJE par rapport aux anciens dispositifs. Cette accélération serait due à un recours renforcé au complément de mode garde (CMG), notamment de la part de parents bénéficiant du complément de libre choix d'activité (CLCA) à temps partiel. Le recours cumulé à ces deux prestations s'est fait au détriment du recours au CLCA à temps plein².

En 2009, l'ensemble des mesures nouvelles aurait un effet négatif (-1,3 point) sur la croissance des prestations familiales. Il s'expliquerait principalement par :

¹ Les taux de croissance 2007 et 2008 sont affectés par un changement de méthodologie comptable opéré par la CNAF suite à une observation de la Cour des comptes. Ainsi pour la première fois en 2007, la CNAF a comptabilisé, sous forme de charges à payer, les sommes correspondant à des dossiers non encore liquidés mais pour lesquels on est sûr que la personne aura bien un droit ouvert rétroactivement (soit 140 M€ en 2007). En 2008, cette méthode a conduit à enregistrer une charge à payer de 230 M€.

² Il y a un moindre recours au CLCA à temps plein (-20 000 bénéficiaires au 31 décembre 2008 par rapport au 31 décembre 2007).

Tableau 1 – Familles bénéficiaires de prestations familiales légales (champ CAF)

Effectifs au 31 décembre					
	2006	2007	%	2008	%
Prestations d'entretien					
Allocations familiales	4 619 216	4 638 726	0,4	4 658 612	0,4
Complément familial	830 302	813 807	-2,0	820 893	0,9
Allocation de soutien familial	683 985	711 786	4,1	705 104	-0,9
Allocation de parent isolé	216 278	204 304	-5,5	199 500	-2,4
Allocation journalière de présence parentale	4 421	4 667	5,6	4 512	-3,3
Prestations à la petite enfance (PAJE + anciens dispositifs)	2 270 767	2 246 109	-1,1	2 271 320	1,1
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	2 836 131	2 797 804	-1,4	2 899 364	3,6
Prestations en faveur du logement (ALF)	1 199 470	1 216 984	1,5	1 301 125	6,9
Prestations en faveur des handicapés					
AAH	772 296	781 972	1,3	1 000 214	27,9
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	147 335	145 469	-1,3	153 043	5,2
	13 580 201	13 561 628	-0,1	14 013 687	3,3

Source : CNAF

Note : ces effectifs concernent les bénéficiaires couverts par les CAF, ce qui n'est pas la totalité des bénéficiaires puisque certains régimes gèrent eux-mêmes les prestations familiales de leurs ressortissants (régimes agricoles, régimes spéciaux, etc.). La PAJE est, à l'exception des régimes agricoles, entièrement gérée par les CAF. Les évolutions d'effectifs présentées dans ce tableau peuvent donc s'écarter des évolutions tous régimes, et ceci de façon différenciée selon les prestations.

Lecture : au 31 décembre 2008, les CAF ont versé des allocations familiales à 4 658 612 familles, soit une augmentation de 0,4 % par rapport aux effectifs du 31 décembre 2007.

Tableau 2 - Décomposition de l'évolution des prestations familiales légales

(en %)		2007	2008	2009
Evolutions des prestations légales régularisation comptable AAH	(hors)	2,6	3,2	2,3
Effet prix (en moyenne annuelle)		1,75	1,5	3,1
dont BMAF		1,7	1,0	3,0
dont revalorisation allocations logement		1,8	2,8	3,0
dont revalorisation AAH		1,7	2,4	5,0
dont SMIC		2,5	3,0	1,7
Effet mesures nouvelles		0,6	1,0	-1,3
Effet variation des effectifs de bénéficiaires		0,3	1,0	0,8
dont Base Ressource		0,0	0,3	-0,2
Effet prestations moyennes		0,0	-0,2	-0,3

Notes : L'effet « prix » est lié à l'évolution des barèmes : BMAF, effet de la hausse du Smic, actualisation logement et de l'AAH. L'effet « mesures nouvelles » désigne la part du coût des mesures nouvelles dans la croissance annuelle globale des prestations légales ; lorsqu'une modification des barèmes est partie intégrante d'une réforme, elle est rattachée à l'effet « mesures » ; l'effet « variation des effectifs » désigne principalement la variation de l'effectif moyen de bénéficiaires ; il intègre notamment l'érosion tendancielle de l'effectif des allocataires de prestations sous conditions de ressources dont les plafonds d'attribution croissent moins vite que le revenu moyen de la population ; en revanche, il n'intègre pas les variations d'effectifs liées aux mesures nouvelles (comme l'élargissement de l'assiette de bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE par rapport à l'APJE). L'effet « prestations moyennes » peut regrouper les effets de composition des ménages, le taux de recours aux prestations familiales par bénéficiaires, etc.

- la mise en place du revenu de solidarité active (RSA) en métropole le 1^{er} juin 2009 qui implique une forte baisse des dépenses au titre de l'allocation de parent isolé (API) pour la branche famille (-510 M€). La mise en place du RSA minore les charges et les produits de la CNAF car il se substitue à l'API en métropole ;
- l'unification des majorations pour âge des allocations familiales à 14 ans qui jouera en année pleine en 2009 et devrait représenter une économie de 200 M€ pour la branche famille ;
- un recul du coût différentiel de la PAJE par rapport à 2008 (+120 M€).
- la mise en place d'autres mesures de dépenses, dont la modulation du complément du mode de garde en fonction de l'horaire atypique de travail des parents et une augmentation de trois à quatre du nombre d'enfants pouvant être gardés par chaque assistante maternelle¹ afin de favoriser le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance. Le coût de ces deux mesures serait de 80 M€ pour la branche famille en 2009.

L'augmentation des effectifs a expliqué 1 point de la croissance des prestations familiales en 2008 et 0,8 point en 2009

En 2008, l'effet effectif est marqué par la réforme qui a consisté à retarder de six mois l'examen des conditions de ressources du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009. Dans le précédent calendrier, certains bénéficiaires auraient été exclus au 30 juin ou auraient vu leurs aides diminuées (voir fiche 13-1)². Cette mesure a impacté de 0,3 point l'évolution des prestations légales. De plus, la natalité a fortement augmenté (+14 400 naissances par rapport à 2007 – voir fiche 13-1) ce qui explique la contribution croissante de cet effet à l'évolution des prestations légales par rapport à 2007.

En 2009, la prévision retient l'hypothèse d'une baisse de la natalité de -0,5 % qui explique un moindre impact des effectifs sur l'évolution des prestations familiales.

L'effet prestations moyennes a un impact négatif sur la croissance des prestations familiales en 2008 et en 2009 (-0,2 et -0,3)

Cet effet, difficilement quantifiable, indique qu'en 2008 comme en 2009, les familles auraient moins recours aux prestations familiales. La réduction tendancielle de la taille des familles (davantage de familles bénéficiaires de deux enfants, moins de familles de trois enfants ou plus), facteur de ralentissement des prestations familiales, est retracée dans cet effet (voir fiche 13-1).

À l'exception des dépenses d'entretien, toutes les catégories de dépenses ont accéléré en 2008. Elles ralentiraient en 2009

Les prestations d'entretien enregistrent une diminution de -0,1 % en 2008 et -1,7 % en 2009

Les allocations familiales et le complément familial décroissent en volume, d'abord pour des raisons démographiques, malgré des naissances plus nombreuses depuis 2000 que lors de la décennie précédente. La diminution tendancielle du nombre de familles de 3 enfants et plus réduit les effectifs de bénéficiaires potentiels du complément familial.

La réduction tendancielle de la taille des familles, exposée ci-dessus, touche particulièrement les prestations d'entretien.

¹ De plus, il est prévu, à titre expérimental, le regroupement d'assistants maternels dans un local différent de leur domicile.

² Le surcoût lié au décalage de six mois de l'actualisation des ressources est intégralement comptabilisé dans l'effet « effectifs » bien que pour les allocations logement, cette mesure a aussi eu un impact sur la prestation moyenne versée.

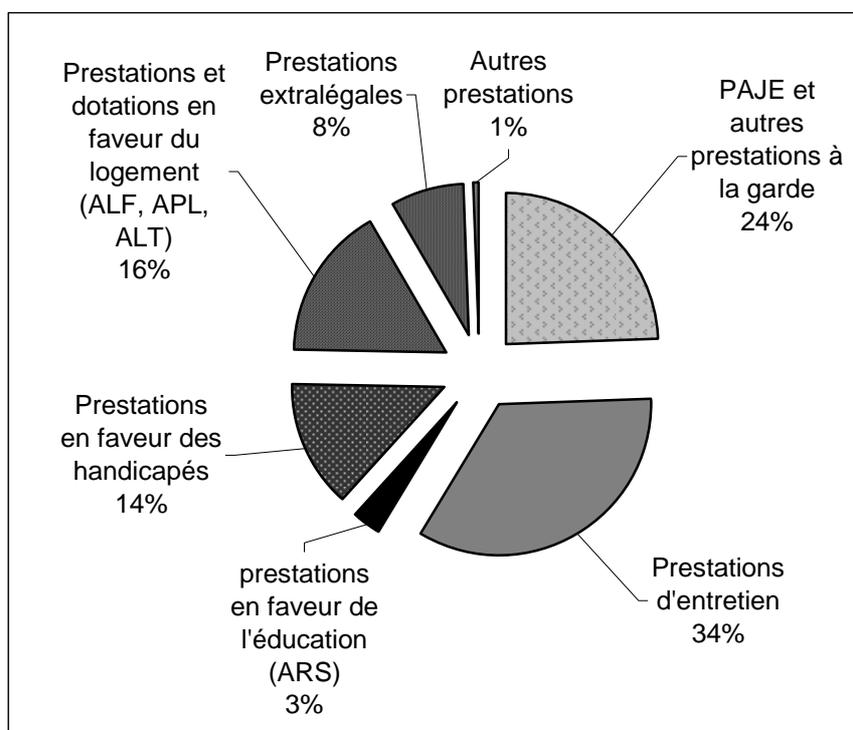
Tableau 3 – Masses financières des prestations et évolution (en M€)

	En millions d'€							
	2006	2007	%	2008	%	2009	%	
Total des prestations légales	37 463	38 574	3,0	39 923	3,5	40 850	2,3	
Prestations d'entretien	15 922	16 196	1,7	16 176	-0,1	15 909	-1,7	
allocations familiales	12 122	12 300	1,5	12 342	0,3	12 499	1,3	
complément familial	1 597	1 585	-0,7	1 595	0,6	1 618	1,4	
allocation de soutien familial	1 099	1 181	7,4	1 163	-1,6	1 210	4,0	
allocation de parent isolé	1 064	1 075	1,0	1 024	-4,7	534	-47,9	
allocation de présence parentale	40	54	35,4	51	-4,0	49	-4,4	
Prestations à la petite enfance (PAJE + anciens dispositifs)	10 441	10 911	4,5	11 576	6,1	12 060	4,2	
Primes et allocations de base	4 354	4 625	6,2	4 751	2,7	4 862	2,3	
Primes	620	620	0,0	638	3,0	651	2,0	
Allocations de base (y compris APJE+ adoption)	3 734	4 005	7,3	4 113	2,7	4 211	2,4	
Complément de libre choix d'activité (y compris APE)	2 417	2 298	-4,9	2 257	-1,8	2 248	-0,4	
Complément de libre choix du mode de garde (Y compris AFEAMA+AGED)	3 670	3 988	8,7	4 568	14,5	4 950	8,4	
Allocations en faveur de l'éducation (ARS)	1 390	1 381	-0,6	1 487	7,7	1 501	0,9	
Allocations en faveur du logement (ALF)	3 616	3 672	1,6	3 952	7,6	4 214	6,6	
Allocations en faveur des handicapés	5 798	6 113	5,4	6 428	5,2	6 834	6,3	
AAH	5 230	5 505	5,3	5 773	4,9	6 180	7,0	
AEEH	568	607	7,0	655	7,8	654	-0,1	
Autres prestations	297	301	1,4	304	0,9	333	9,4	
Prestations extralégales	3 337	3 495	4,7	3 636	4,0	3 909	7,5	
Financement FNAL	3 746	3 544	-5,4	3 870	9,2	4 001	3,4	

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

Note : Le financement du FNAL par la CNAF (qui n'est pas une prestation légale, bien que couvrant une dépense d'aide au logement) connaît des évolutions heurtées depuis 2005 qui a vu l'entrée en vigueur de nouvelles règles de financement de l'APL : d'une clé fixe, la part d'APL financée par la CNAF est passée à une clé variable suivant les dépenses réelles d'APL perçues par des familles (l'État finançant la part d'APL versée aux ménages sans enfant). Cette modification a entraîné globalement une hausse de la contribution de la CNAF au FNAL. La clé variable a toutefois été réestimée plusieurs fois d'un exercice à l'autre, entraînant des régularisations qui diminuent les charges de la CNAF en 2007 et les augmentent en 2008.

Graphique 1 – Structure des prestations familiales en 2007



En 2009, l'API contribue pour 3 points à la baisse des prestations d'entretien en raison de la mise en place du RSA en métropole le 1^{er} juin 2009 (voir ci-dessus).

Les aides à la petite enfance¹ (près de 30 % des prestations familiales) ont progressé de 6,1 % en 2008 et ralentiraient en 2009.

En 2008, dans un contexte de fin de montée en charge de la PAJE pour les enfants de moins de quatre ans, cette progression marque une accélération sensible par rapport à 2007 (qui avait enregistré une croissance de 4,5 %). Cette accélération est due à un recours renforcé au CLCA à temps partiel cumulé au CMG au détriment du CLCA à temps plein (voir infra).

En 2009, les aides à destination de la petite enfance ralentiraient (+4,1 %) et s'élèveraient à 12,1 Md€ (dont 12 Md€ au titre de la PAJE).

Les prestations en faveur des handicapés ont conservé la même dynamique qu'en 2007 (+5,2 % en 2008 contre +5,4 % en 2007) et accéléreraient en 2009 (+6,3 %)

La forte croissance de l'AAH sur la période 2007-2009 s'explique par des changements de méthodes comptables et par les revalorisations successives de l'AAH destinées à relever de 25 % le montant maximal de la prestation à l'horizon 2012 (voir les effets prix ci-dessus).

La croissance de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2008 (+7,8 %) s'explique notamment par la montée en charge de la mise en place de la majoration en faveur des parents isolés qui a débuté en 2006.

Les dépenses relatives à l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) diminueraient (-0,1 %) en 2009 sous l'effet de la mise en œuvre du droit d'option entre l'AEEH et la PCH (voir fiche 13-1).

L'allocation logement à caractère familial a progressé de 7,6 % en 2008

En 2008, les charges d'allocation logement à caractère familial (ALF) ont fortement augmenté (+7,6 %). Cette évolution s'explique d'abord par la revalorisation des barèmes (2,95 %). Ensuite, la modification de la date d'examen des ressources (qui a consisté à retarder de six mois cet examen, du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009) impacte plus particulièrement les allocations logement. La dépense supplémentaire est estimée à 50 M€ sur l'ALF (et 40 M€ sur la part de l'APL financée par la CNAF). Ceci explique donc presque un point et demi de l'évolution globale de l'ALF. Au-delà de cet effet, les effectifs des bénéficiaires de l'ALF ont été dynamiques.

En 2009, le dynamisme des prestations d'ALF se maintiendrait (6,6 %). La dégradation de la situation de l'emploi joue un rôle important dans cette évolution. En effet, lorsque depuis deux mois consécutifs, le titulaire d'une prestation familiale ou de logement est au chômage, ses ressources sont abattues de 30 % pour le calcul des prestations. Cet abattement a pour effet de majorer les allocations logement perçues par les personnes au chômage, le barème des aides étant dégressif avec le revenu. Compte tenu de l'évolution du chômage, qui s'est fortement accru à compter du second semestre 2008, l'augmentation de la dépense d'allocations logement ne serait sensible qu'à partir de 2009 : ainsi, la CNAF a estimé qu'un choc ponctuel sur le marché de l'emploi se diffusait continûment en 18 mois sur les prestations d'aides au logement.

¹ Outre la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les aides à la petite enfance comprennent l'APJE (allocation pour jeune enfant, comptabilisée parmi les prestations d'entretien), l'APE (allocation parentale d'éducation), l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) et l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile). L'APJE s'est éteinte en 2007. L'AFEAMA et l'AGED s'éteindront définitivement en 2010, la PAJE les ayant alors complètement remplacées.

Le financement des aides au logement

Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'aide personnalisée au logement (APL) pour les ménages, avec ou sans enfants, occupant un logement du parc conventionné, l'allocation de logement à caractère familial (ALF) pour les familles (en dehors du parc conventionné) ainsi que l'allocation de logement à caractère social (ALS) pour les ménages sans enfant ni personne à charge (en dehors du parc conventionné). Depuis 1993, des aides sont par ailleurs accordées aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT).

Ces quatre aides sont versées par les CAF et les MSA, mais elles sont financées de façon différente :

L'ALF est financée intégralement par la branche famille.

L'APL et l'ALS sont financées par le Fonds national de l'aide au logement (FNAL), lui-même financé principalement par le budget de l'État et par une cotisation des employeurs. Jusqu'en 2005, l'APL était gérée financièrement par le Fonds national de l'habitation (FNH), qui a été absorbé dans le FNAL en 2006. Le taux de contribution de la branche famille au FNAL a été modifié en 2007 : la part de la CNAF est de 57,35 %, celle du FFIPSA de 0,25 % (reprise par la CCMSA en 2009).

Enfin, la gestion financière de l'ALT, qui relevait du FNAL jusqu'en 2005, est assurée par l'État (DGAS) depuis le 1^{er} janvier 2006. La CNAF et le FFIPSA (la CCMSA à partir de 2009) contribuent pour moitié au financement de l'ALT (respectivement 48 % et 2 %), l'autre moitié étant financée par l'État. Cette contribution est retracée dans les comptes de la CNAF sous la rubrique « Financement FNAL ».

THÈME 14
ÉCLAIRAGES FAMILLE

LE RECOURS AU COMPLÉMENT MODE DE GARDE EN FONCTION DU REVENU EN 2003 ET 2007

Une meilleure solvabilisation des familles

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en 2004, et plus particulièrement la création du complément mode de garde (CMG) remplaçant l'allocation de garde d'enfants à domicile (AGED) et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA), avait pour objectif de réduire la part financière restant à la charge des parents pour la garde de leurs enfants par une assistante maternelle ou une garde à domicile. Il s'agissait notamment de faciliter l'accès à ce mode de garde, plus onéreux que la garde collective, aux familles les plus modestes. Par ailleurs, les aides fiscales en faveur de la garde d'enfants ont été renforcées depuis 2006¹.

Depuis 2004, le reste à charge des familles dont le revenu total est de 1 Smic a diminué de 27 € par mois (soit 22 %) pour les familles employant à temps plein une assistante maternelle rémunérée au salaire moyen et de 206 € (soit 52 %) pour une garde à domicile partagée au Smic à temps plein². Le CMG a conduit à relever les montants versés aux familles ayant recours à un mode de garde individuel ainsi que les seuils d'accès au complément dans des proportions assez importantes par rapport à l'AFEAMA et l'AGED (graphique 1). Une famille peut être gagnante à la fois grâce au relèvement des seuils lui permettant de bénéficier d'une tranche plus favorable et grâce à l'augmentation des montants versés. Le cas de figure le plus répandu, soit près de la moitié des bénéficiaires en 2007, concerne les familles aujourd'hui situées dans la tranche correspondant au CMG médian et qui, avec l'AFEAMA, relevaient de l'AFEAMA minimum (soient ceux de la tranche 3 du graphique 1). Leur complément mensuel pour un enfant gardé âgé de 3 ans passe de 136 € en 2003 à 270 € en 2007, soit un gain de 134 € s'ils bénéficient du complément mensuel maximal³.

Une part plus importante de familles accède aux aides à la garde entre 2003 et 2007 parmi les revenus les plus modestes

Afin de mesurer le recours des familles au mode de garde assistante maternelle ou aide à domicile, seules les familles dont aucun des membres n'est au foyer et ayant au moins 2 enfants à charge dont l'un est âgé entre 7 mois et 2 ans sont retenues dans l'analyse (encadré).

Dans la population étudiée, la part des familles utilisant comme mode de garde une assistante maternelle ou une aide à domicile a augmenté entre 2003 et 2007 : 48 % en 2007 contre 42 % en 2003 (graphique 2). A titre de comparaison, d'après l'enquête mode de garde de la DREES, la part des enfants de moins de 3 ans gardés par une assistante maternelle a progressé de 4,5 points entre 2002 et 2007 et de 0,4 point pour la garde à domicile.

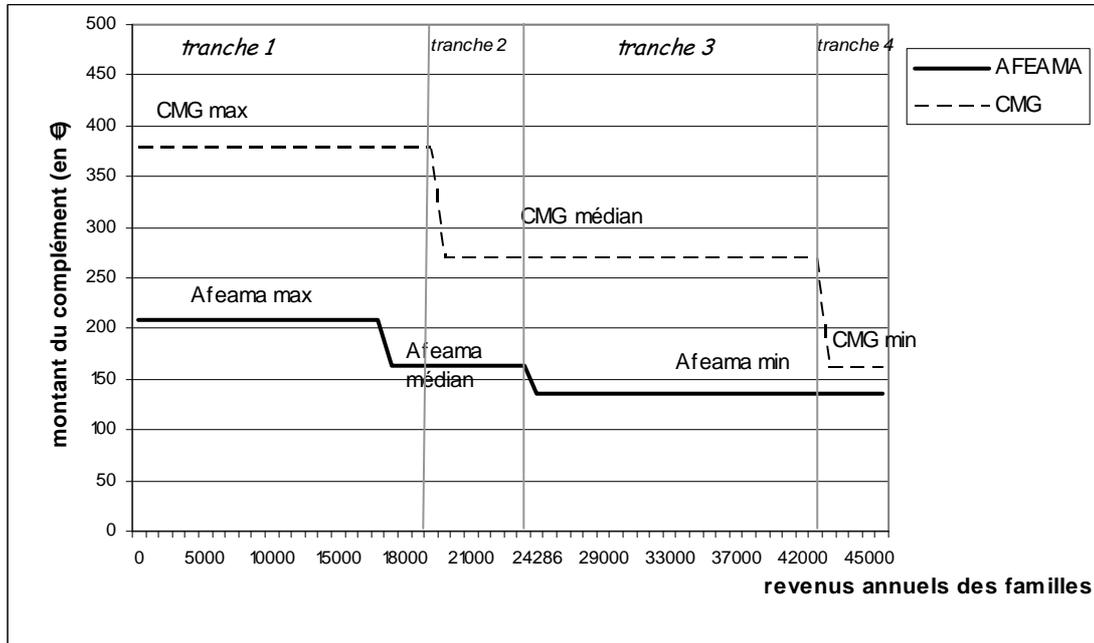
Parmi les familles les plus modestes (tranche 1 des aides à la garde), la part des familles ayant recours à un mode de garde individuel augmente aussi : 23 % des familles ont recours à ce mode de garde en 2007 parmi les plus bas revenus contre 19 % en 2003. À l'inverse, la part des familles dont les revenus se situent dans la tranche supérieure accédant à ce mode de garde diminue légèrement entre 2003 et 2007 : 64,7 % en 2007 contre 65,3 % en 2003.

¹ PQE famille 2009, page 65.

² PQE famille, page 64.

³ Les montants de CMG n'atteignent pas systématiquement les valeurs plafonds affichées au graphique 1. En effet, l'aide à la garde versée ne peut dépasser 85 % de la dépense engagée par les parents.

Graphique 1 – Montant de du CMG en 2007 comparé au montant de l'AFEAMA en 2003 pour un couple avec un enfant à charge de moins de 3 ans

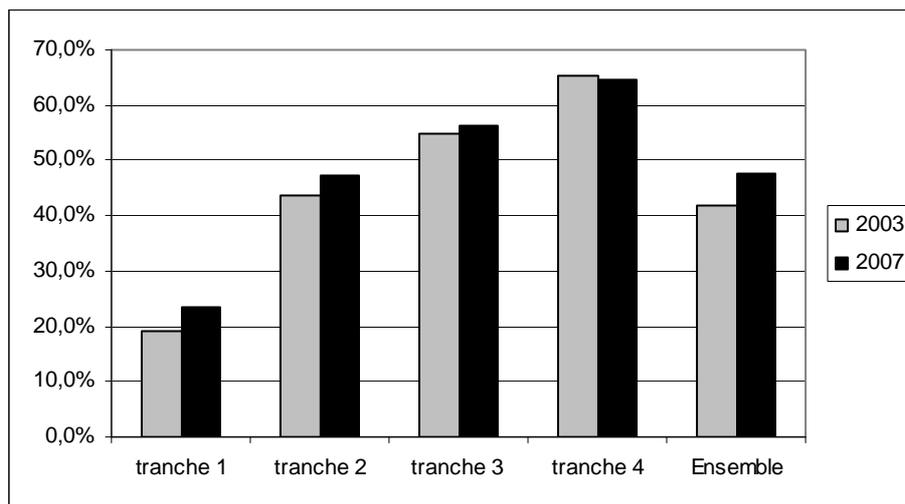


Calculs : DSS/6C

Note 1 : les seuils d'accès de 2003 et de 2007 ne se superposant pas exactement, les tranches 1, 2, 3 et 4 ont été créées pour pouvoir réaliser les comparaisons d'une année sur l'autre.

Note 2 : l'AGED n'est pas représentée sur le graphique car les seuils d'accès et les montants ne sont pas comparables au CMG.

Graphique 2 – taux de recours des familles à un mode de garde par une assistante maternelle ou une garde à domicile



Source : ENA 2003/2007

Champ : familles dont aucun des membres n'est une personne au foyer, ayant au moins 2 enfants à charge dont l'un est âgé de 7 mois à 2 ans.

Lecture : 19 % des familles avaient recours à une assistante maternelle ou une garde à domicile en 2003 contre 23 % en 2007 parmi les plus bas revenus (tranche 1).

En moyenne, les familles ayant recours à une assistante maternelle ont gagné 109 € par enfant de moins de 3 ans gardé entre 2003 et 2007 en euros courants.

Si la part des familles ayant recours à une assistante maternelle ou une aide à domicile se situant dans la tranche inférieure augmente, entre 2003 et 2007, leur nombre est quasiment stable (+1 %) sur cette période alors même qu'il augmente de 10 % toutes tranches de revenu confondues. Ce constat est à rapprocher de la diminution importante du nombre de familles bi-actives¹ (-18 % entre 2003 et 2007).

Certes, les familles modestes dont les parents sont tous les deux actifs (ou un seul dans le cas des familles monoparentales) sont beaucoup moins nombreuses en 2007 qu'en 2003 (tableau 1). Néanmoins, cette diminution ne semble pas se faire au profit d'une augmentation du nombre de familles composées d'une personne inactive au foyer se chargeant de la garde de l'enfant (la part de celles-ci a progressé de 8 % de familles entre 2003 et 2007 dans la tranche 1, contre +6 % dans l'ensemble des familles). En revanche, les revenus des ménages ont augmenté plus rapidement que le montant des plafonds, ce qui entraîne un basculement des familles modestes composées uniquement d'actifs (tranche 1 des revenus) dans les tranches de revenu plus élevées. D'une part, les salaires moyens ont augmenté plus vite que la BMAF qui sert de base au calcul des plafonds des prestations de la PAJE : + 11,8 % entre 2003 et 2007 contre + 7,6 % pour la BMAF, ce qui s'est traduit par une baisse du nombre d'actifs occupés parmi la première tranche de revenu. D'autre part, la baisse du chômage entre 2003 et 2007 a profité surtout aux revenus les plus modestes : le nombre de familles comportant au moins un chômeur a diminué de 47 % dans la tranche 1 (familles les plus modestes) contre -9 % parmi les familles les plus aisées (tranche 4).

Ainsi, sur le champ retenu, il semble que le nombre de familles modestes accédant à une garde individuelle ont augmenté légèrement entre 2003 et 2007. Pour ces familles, dont les effectifs de familles bi-actives ont nettement diminué, cela se traduit par une augmentation importante de la part de celles qui ont recours à une garde pour leurs enfants de moins de 3 ans.

Encadré méthodologique

L'échantillon national des allocataires (ENA) de la CNAF recense pour chaque famille les ressources par individu, les prestations perçues ainsi que ses caractéristiques socio-démographiques. Il permet alors d'étudier l'accès des familles aux aides à la garde individuelle. Néanmoins, il ne permet pas de connaître l'accès des familles aux modes de garde collectifs et donc de distinguer parmi les familles qui n'ont pas recours à une assistante maternelle ou une aide à domicile celles qui ont recours à un établissement d'accueil de jeunes enfants de celles qui ont uniquement recours à une garde non payante telle que la garde parentale.

Parmi l'ensemble des familles bénéficiant d'une aide dans le cadre du recours à un mode de garde individuel en 2003 et 2007, on retient uniquement les familles ayant au moins deux enfants à charge, soient celles bénéficiant des allocations familiales et donc nécessairement présentes dans l'échantillon. Parmi ces familles, sont retenues uniquement celles qui sont susceptibles d'avoir besoin d'un mode de garde pour leurs enfants : les familles ayant à charge au moins un enfant âgé de plus de 7 mois et de moins de 2 ans. Ainsi, les femmes en congé de maternité et les enfants déjà rentrés dans le système scolaire ne sont pas retenus dans l'échantillon étudié. Enfin, seules les familles composées d'un couple sans inactif au foyer sont retenues ainsi que les familles monoparentales non inactives.

En 2003 comme en 2007, le champ analysé représente la moitié de l'ensemble des bénéficiaires ayant recours à une garde individuelle pour un enfant de moins de 3 ans.

¹ Sont considérés ici comme actifs, les personnes en emploi, les chômeurs mais aussi les étudiants. Ces derniers sont néanmoins peu nombreux dans l'échantillon.

Tableau 1 – Évolution du nombre de familles composées d'au moins deux enfants dont l'un est âgé de plus de 7 mois et de moins de 2 ans entre 2003 et 2007 par tranche de revenu et situation

			Part en 2003	Part en 2007	Evolution du nombre de familles entre 2003 et 2007
<i>Champ de l'analyse</i>	Ménages composés uniquement d'actifs	tranche 1	27	22	-18
		tranche 2	51	54	5
		tranche 3	71	75	5
		tranche 4	74	78	6
		Ensemble	44	45	2
	<i>dont ménages composés uniquement d'actifs occupés</i>	tranche 1	17	17	-3
		tranche 2	43	48	12
		tranche 3	64	71	11
		tranche 4	68	74	8
		Ensemble	35	40	13
	<i>dont ménages composés au moins d'un chômeur</i>	tranche 1	8	4	-47
		tranche 2	7	4	-36
		tranche 3	5	3	-32
		tranche 4	4	3	-9
		Ensemble	7	4	-40
Ménages composés au moins d'une personne au foyer	tranche 1	73	78	8	
	tranche 2	49	46	0	
	tranche 3	29	25	8	
	tranche 4	26	22	3	
	Ensemble	56	55	6	
Ensemble des ménages ayant au moins 2 enfants dont l'un est âgé de plus de 7 mois et de moins de 2 ans	tranche 1	100	100	1	
	tranche 2	100	100	5	
	tranche 3	100	100	24	
	tranche 4	100	100	23	
	Ensemble	100	100	8	

Source : ENA 2003/2007

Champ : familles composées d'au moins deux enfants dont l'un est âgé de plus de 7 mois et de moins de 2 ans

THÈME 15
LES ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL

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 :

- les cotisations prises en charge au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal...) ; depuis 2001, les cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État (voir encadré 1) ;
- le minimum vieillesse (voir encadré 2) ainsi que les majorations de pension pour enfants et conjoint à charge.

Les **produits** du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG (1,03 % depuis 2008, 0,83 % en 2009) et d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS – voir fiche 3-4), ainsi que d'une partie du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital (20 % jusqu'en 2008, 5 % en 2009) ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (fixé à 60 % depuis 2003, il est porté à 70 % en 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.

Du fait de la nature particulière de ses dépenses et de ses recettes, les comptes du FSV sont sujets à des fluctuations importantes. En effet, les recettes de CSG sont fortement liées à la progression de la masse salariale ; les dépenses au titre du chômage dépendent de la situation du marché de l'emploi. Par ailleurs, la part de CSSS affectée au FSV, qui est le reliquat de cette contribution après attribution au RSI, dépend non seulement du rendement global de cette contribution mais également de la part affectée au RSI. Enfin, de nombreuses mesures nouvelles ont un impact significatif sur les comptes du fonds (accroissement du transfert en provenance de la CNAF, création de nouvelles recettes par la loi de réforme des retraites, modification des règles d'indemnisation du chômage...)

Le FSV a dégagé un excédent de 0,8 Md€ en 2008 mais redeviendrait très déficitaire en 2009

Pour la deuxième année consécutive depuis 2000, le FSV dégage un excédent (+0,8 Md€ contre +0,2 Md€ en 2007). Les prévisions font état d'une forte dégradation du compte en 2009 qui serait déficitaire de 2,1 Md€. Ces fluctuations du résultat net sont la conséquence de différentiels de croissance erratiques des charges et produits en 2008 et en 2009.

Une progression des charges liée à la dégradation du marché de l'emploi...

Globalement, les **charges** ont crû de **1,9 %** en 2008 et augmenteraient de **8,6 %** en 2009.

Les **prises en charge de cotisations** au titre du chômage (régimes de base), qui représentent près de la moitié des charges globales, se sont stabilisées **en 2008** autour de 7,1 Md€ (-0,3 % par rapport à 2007). L'effet de l'augmentation de la cotisation de référence intervenant dans le calcul de ce transfert¹ (+3,1 % en 2008 contre +2,5 % en 2007) a été compensé en 2008 par la baisse du nombre de chômeurs dont les cotisations sont prises en charge par la FSV (environ -81 000 en moyenne annuelle). **En 2009**, ce transfert au titre du chômage progresserait de 17,4 % (pour atteindre 8,4 Md€) du fait de la forte dégradation de la situation de l'emploi : l'hypothèse retenue est une augmentation du nombre de chômeurs d'environ 386 000 en moyenne annuelle.

¹ Voir encadré 1.

Encadré 1 – La prise en charge de cotisations retraite au titre des périodes de chômage**Les versements aux régimes de base**

Le FSV compense le manque à gagner en cotisations de retraite pour **le régime général et le régime des salariés agricoles** au titre des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations chômage visées au code du travail.

Les dépenses liées à la prise en charge de ces cotisations sont déterminées à partir des effectifs retenus et d'une cotisation annuelle forfaitaire de référence déterminée à partir :

- d'une assiette annuelle forfaitaire correspondant à 2028 fois (durée annuelle équivalente à 12 fois 169 heures) le montant annuel moyen du Smic horaire, la part de cette assiette forfaitaire retenue pour le calcul de la cotisation de référence étant fixée à 90 % ;
- du taux de cotisation vieillesse (patronale + salariale soit 16,65 %) ;

Les effectifs pris en charge par le FSV correspondent aux bénéficiaires des allocations de l'UNEDIC auxquels on ajoute 29 % du nombre de chômeurs non indemnisés.

En conséquence, le coût de cette prise en charge dépend sensiblement de la situation de l'emploi et de l'évolution du Smic horaire.

Les versements à l'ARRCO et à l'AGIRC

L'article 49 de la loi n° 2002-73 de modernisation sociale prévoit que le FSV finance, depuis 2001, dans les conditions prévues par la convention du 23 mars 2000 entre l'État, d'une part, l'AGIRC et l'ARRCO, d'autre part :

- les cotisations de retraite dues par l'État à compter du 1^{er} janvier 1999 au titre des périodes de perception de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), des allocations spéciales du Fonds National de l'Emploi (ASFNE) et des allocations de préretraite progressive (PRP) ;
- le remboursement des sommes dues par l'État antérieurement au 1^{er} janvier 1999, pour la validation des périodes de perception de ces allocations (soit une dette totale de 1,3 Md€).

La dette à l'égard de l'AGIRC s'est éteinte en 2005 et celle à l'égard de l'ARRCO sera intégralement remboursée à fin 2009.

... et à la progression soutenue des prestations à la charge du fonds

Les prises en charge de prestations par le FSV au titre du **minimum vieillesse** ont progressé de 4,0 % **en 2008** (contre -0,2 % en 2007) atteignant 2,8 Md€ (soit 20 % des charges globales du fonds). Cette accélération tient à la prime exceptionnelle de 200 €¹ versée en mars 2008 aux titulaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse ainsi qu'aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). **En 2009**, ces prises en charge devraient diminuer de 2,7 % compte tenu principalement de la baisse du nombre de bénéficiaires due notamment à l'amélioration du niveau des pensions contributives. Cette prévision intègre la revalorisation de 6,9 % en avril 2009 de l'ASPA servie aux personnes seules conformément à l'objectif d'augmentation du montant du minimum vieillesse personnes seules (voir encadré 2). Le coût de cette revalorisation est estimé à 130 M€.

Les prises en charge de prestations au titre des **majorations de pensions** pour enfants élevés et pour conjoint à charge ont progressé de 4,0 % **en 2008** atteignant 4,0 Md€ (soit 28 % des charges globales du fonds) en raison de l'augmentation des droits propres servis par l'ensemble des régimes vieillesse de base. La prévision pour **2009** retient un rythme de croissance encore soutenu (+3,1 %) mais un peu moins élevé qu'en 2008 compte tenu de la baisse prévue du nombre de départs en retraite et de la moindre augmentation du nombre de retraités ayant élevé au moins trois enfants.

¹ Le coût global de ce versement exceptionnel s'est élevé à 120 M€. Il constituait la première étape de la revalorisation de 25% entre 2007 et 2012 du minimum vieillesse accordée aux personnes isolées.

Encadré 2 – Le minimum vieillesse

Dans le cadre de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), s'est substituée à l'ensemble des allocations du minimum vieillesse prises en charge par le FSV (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation aux vieux travailleurs non salariés, secours viager, allocation aux mères de famille, majoration de l'article L. 814-2 du CSS, allocation supplémentaire de l'article L. 815-2 du CSS, allocation aux rapatriés) pour toutes les nouvelles attributions à compter de janvier 2007. Cette allocation, soumise à une condition régulière de résidence sur le territoire national, garantit à une personne âgée un niveau de pension mensuel égal au montant du minimum vieillesse. Le montant de cette allocation unique, versée sous condition de ressources de la personne ou du ménage, est égal à la différence entre le montant de ces ressources et celui du minimum vieillesse. Cette disposition ne s'applique qu'aux nouveaux bénéficiaires, les titulaires des anciennes prestations continuant à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

L'article 73 de la LFSS pour 2009 autorise une revalorisation du minimum vieillesse au-delà de ce que permet le Code de la sécurité sociale qui prévoit que les allocations d'assurance vieillesse aux personnes âgées et leurs plafonds de ressources sont revalorisés comme les pensions de vieillesse, c'est-à-dire en fonction de l'évolution des prix hors tabac. Le décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 pris pour l'application de cet article prévoit ainsi pour chaque année entre 2009 et 2012 une revalorisation particulière du minimum vieillesse accordée aux personnes isolées dont le montant sera augmenté de 25 % d'ici à décembre 2012.

Des recettes amputées en 2009 par les mesures de la LFSS

Globalement, les produits ont crû de **6,4 %** en 2008 et diminueraient de **-10,5 %** en 2009.

En 2008, la CSG, qui représente plus de trois quarts des produits, soit un montant de 11,6 Md€, a progressé de 4,8 %.

En 2009, elle diminuerait fortement (-20,1 %, soit une baisse de 2,4 Md€) pour s'établir à 9,3 Md€. Cette forte baisse s'expliquerait par la combinaison de deux facteurs :

- le transfert à la CADES d'une fraction de 0,2 point de CSG en application de la LFSS 2009¹ ;
- la dégradation prévue de la masse salariale (-1,25 % par rapport à l'exercice précédent).

En 2008, la part de **CSSS** affectée au FSV a fortement augmenté pour atteindre 0,8 Md€ (soit +0,4 Md€ par rapport à 2007) compte tenu de l'amélioration de la trésorerie du RSI². La prévision pour **2009** retient à nouveau une forte progression de CSSS dont le montant s'élèverait à 1,5 Md€³ (soit +0,7 Md€ par rapport à l'exercice précédent).

Le transfert en provenance de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants (qui représente 15 % des produits du FSV) s'est élevé à 2,4 M€ **en 2008**, en progression de 4,1 % compte tenu de la croissance rapide du niveau global des droits propres servis par l'ensemble des régimes vieillesse de base.

En 2009, cette contribution est portée à 70 % (contre 60 % en 2008) des dépenses supportées par le FSV au titre de ces majorations de pensions conformément à la LFSS pour

¹ Il est prévu dans le PLFSS pour 2009 que les soldes cumulés du FSV au 31 décembre 2008 soient repris par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cette opération permettra au fonds de rembourser sa dette vis-à-vis de la CNAV, et d'améliorer ainsi la trésorerie du régime général.

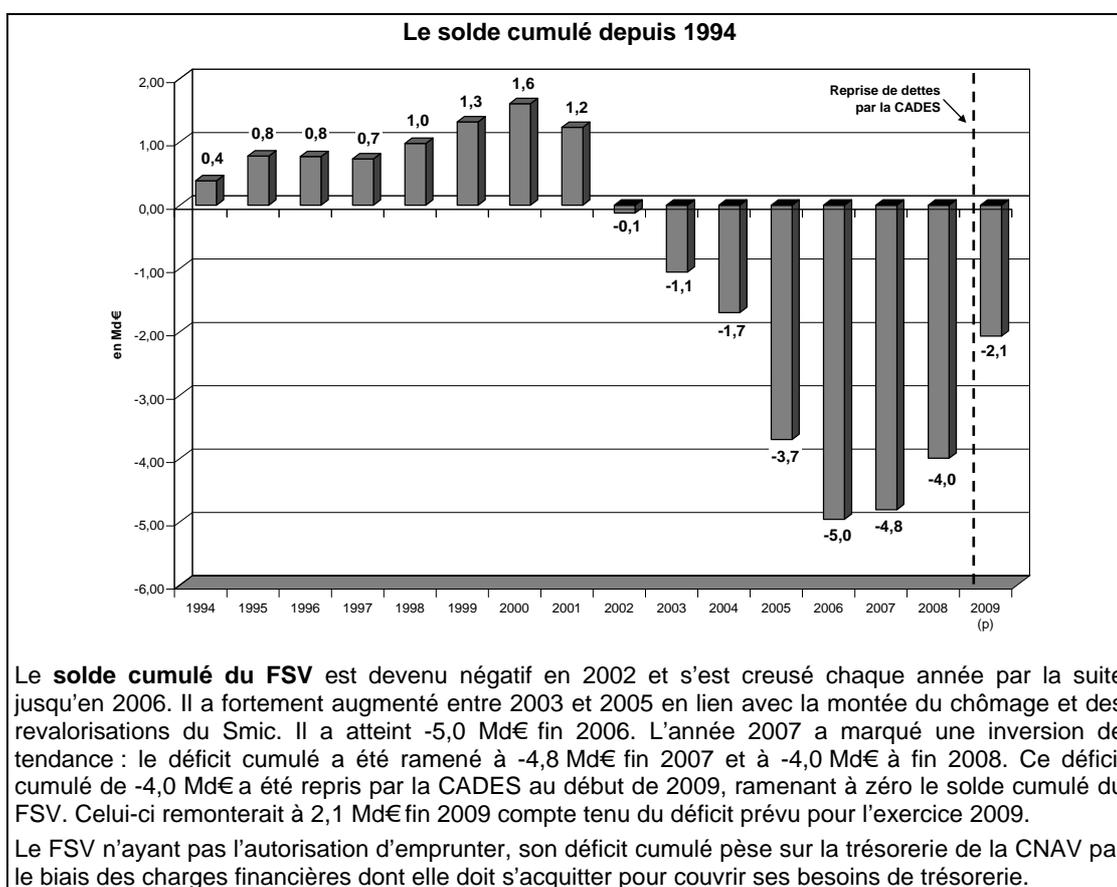
² L'amélioration de la trésorerie du RSI en 2008 à pour effet une diminution du besoin de CSSS de ce régime et donc un accroissement du reliquat affecté au FSV.

³ L'apurement en 2009 de la dette de l'Etat à l'égard du RSI inscrit en loi de finance rectificative 2008 diminue les besoins du RSI en CSSS, la part allouée au FSV sera donc augmentée en tout état de cause.

2009¹. Cette mesure devrait entraîner en 2009 un surcroît de recettes pour le FSV estimé à 0,4 Md€. Ainsi, en 2009, le transfert en provenance de la CNAF s'élèverait à 2,9 Md€ en augmentation de 20,5 % par rapport à 2008.

Le gain pour le FSV généré par cette mesure nouvelle en 2009 (+0,4 Md€) est transféré 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 : la part du FSV passe ainsi en 2009 de 20 % à 5 %². En conséquence, le montant du **prélèvement social** de 2 % affecté au FSV s'élèverait en **2009** à 0,1 Md€ contre 0,6 Md€ en 2008.

Après deux exercices affichant un résultat excédentaire (2007 et 2008), le solde du FSV redeviendrait nettement déficitaire en 2009 (-2,1 Md€).



¹ En 2010 et 2011, de nouvelles hausses sont également programmées (+15 points pour chacune de ces deux années, afin de porter progressivement la part de prise en charge de la CNAF à 100 %).

² La part de la CNAV passant de 15 % à 30 % en 2009.

FSV

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CHARGES	14 810,6	14 352,2	-3,1	14 618,3	1,9	15 882,4	8,6
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	14 808,7	14 348,8	-3,1	14 616,6	1,9	15 880,8	8,6
II - CHARGES TECHNIQUES	14 639,0	14 182,7	-3,1	14 437,8	1,8	15 715,7	8,9
Transferts entre organismes	14 639,0	14 182,7	-3,1	14 437,8	1,8	15 715,7	8,9
Prises en charge de cotisations	8 243,4	7 618,9	-7,6	7 611,1	-0,1	8 840,6	16,2
Prises en charge de cotisations par le FSV	8 243,4	7 618,9	-7,6	7 611,1	-0,1	8 840,6	16,2
Au titre du service national	3,5	38,5	++	36,7	-4,8	24,0	-34,7
Au titre du chômage	8 238,5	7 579,9	-8,0	7 574,3	-0,1	8 816,6	16,4
régime de base	7 839,4	7 161,9	-8,6	7 143,0	-0,3	8 387,9	17,4
régime complémentaire	399,1	418,0	4,7	431,4	3,2	428,7	-0,6
Au titre des anciens combattants	1,3	0,4	-69,6	0,1	-74,9	0,0	--
Prises en charge de prestations	6 395,6	6 563,8	2,6	6 826,7	4,0	6 875,1	0,7
Prises en charge de prestations par le FSV	6 395,6	6 563,8	2,6	6 826,7	4,0	6 875,1	0,7
Au titre du minimum vieillesse	2 680,4	2 674,1	-0,2	2 782,2	4,0	2 706,6	-2,7
Au titre des majorations de pensions	3 715,2	3 889,7	4,7	4 044,5	4,0	4 168,5	3,1
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	169,7	165,1	-2,7	178,0	7,8	163,5	-8,1
Pertes sur créances irrécouvrables	69,2	63,2	-8,7	73,3	15,9	73,3	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	69,2	63,2	-8,7	73,3	15,9	73,3	0,0
Autres charges techniques	100,5	101,9	1,4	104,7	2,8	90,2	-13,8
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	0,0	0,0	-	0,8	-	0,8	0,0
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	0,8	-	0,8	0,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	0,0	1,0	-	0,0	--	0,8	-
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1,8	1,0	-46,5	0,9	-5,3	0,9	0,0
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,1	2,4	++	0,7	-70,0	0,7	0,0
PRODUITS	13 551,2	14 503,0	7,0	15 430,8	6,4	13 814,9	-10,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	13 549,4	14 501,6	7,0	15 429,5	6,4	13 813,9	-10,5
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	11 343,9	12 183,8	7,4	13 030,6	6,9	10 932,7	-16,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,5	0,8	-69,3	0,9	22,9	0,9	0,0
CSG, impôts et taxes affectés	11 341,4	12 183,0	7,4	13 029,6	6,9	10 931,7	-16,1
CSG	10 572,4	11 085,7	4,9	11 621,4	4,8	9 283,0	-20,1
Impôts et taxes affectées (ITAF)	769,1	1 097,3	42,7	1 408,2	28,3	1 648,8	17,1
Autres ITAF	769,1	1 097,3	42,7	1 408,2	28,3	1 648,8	17,1
ITAF acquittés par les personnes morales	240,0	450,0	87,5	800,0	77,8	1 500,0	87,5
C.S.S.S.	240,0	450,0	87,5	800,0	77,8	1 500,0	87,5
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	529,1	647,3	22,4	608,2	-6,0	148,8	-75,5
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite	52,1	109,5	++	51,0	-53,5	30,0	-41,2
Sur avantages de retraite	52,1	28,2	-45,9	28,7	1,9	30,0	4,4
sur avantages de préretraite	0,0	81,3	-	22,3	-72,6	0,0	--
Prélèvement social de 2%	476,9	537,8	12,8	557,2	3,6	118,8	-78,7
II - PRODUITS TECHNIQUES	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
Transferts entre organismes	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
Prise en charge de prestations	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
Prestations prises en charge par la CNAF	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
Majorations pour enfants	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	12,8	16,3	27,3	3,8	-76,6	4,0	4,6
- pour dépréciation des actifs circulants	12,8	16,3	27,3	3,8	-76,6	4,0	4,6
V - PRODUITS FINANCIERS	7,7	9,9	29,2	9,4	-5,3	3,0	-68,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,2	0,1	-50,6	0,0	-57,8	0,0	0,0
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	1,6	1,4	-14,8	1,3	-8,9	1,0	-20,6
Résultat net	-1 259,4	150,9	--	812,5	++	-2 067,5	--

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

En M€

	2006	2007	2008	2009
Solde du FSV	-1,3	0,2	0,8	-2,1
Solde cumulé avant reprise de dette à fin 2008 par la CADES	-5,0	-4,8	-4,0	
Reprise du déficit cumulé			4,0	
Solde cumulé du FSV après reprise de dette			0,0	-2,1

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

Le contexte juridique et institutionnel

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à partir de 2020. L'article 6 de la loi du 17 juillet 2001 l'a rendu autonome à compter du 1^{er} janvier 2002. En outre, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020, 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières au régime général en contrepartie de son adossement.

Avertissement : les chiffres présentés dans cette fiche se comprennent hors soulte.

Au 31 décembre 2008, la valeur de marché des actifs du FRR est de 27,7 Md€, dont 49 % en actions, 36 % en obligations, 1 % d'actifs de diversification et 14 % de trésorerie. Les abondements reçus par le FRR en 2008 s'élèvent à 1,8 Md€. En 2008, le résultat financier du fonds s'élève à -2,6 Md€¹.

En 2008, le FRR a connu une performance négative de -24,9 %

En 2008, le FRR a connu une perte financière de -2,6 Md€ (après un gain de +2,7 Md€ en 2007), ce qui représente une performance annuelle de -24,9 %. Cette performance doit notamment s'analyser au regard de l'effondrement des marchés d'actions, qui en moyenne ont perdu plus de 45 % de leur valeur en 2008.

Les cessions de valeurs mobilières ont généré 2,2 Md€ de perte, contre un gain de 1,4 Md€ en 2007. Dans un contexte de baisse généralisée des marchés d'actions, les ventes d'actifs génèrent davantage de moins-values que de plus-values. Or, le volume des cessions a été accru en 2008 par l'arrivée à échéance de plusieurs mandats de gestion passés en 2004, processus qui a entraîné la liquidation d'une partie des valeurs de ces portefeuilles.

Le FRR n'était pas exposé à des produits de titrisation issus de crédits immobiliers « subprimes » ou les fonds gérés par le groupe financier de B. Madoff, des arbitrages ont été réalisés, par le fonds lui-même ou par ses gérants. Toutefois, il a mis en œuvre une stratégie de désensibilisation progressive de son actif par rapport aux marchés d'actions. Par ailleurs, par précaution, le fonds a choisi de conserver à court terme une partie importante de trésorerie.

En 2008, les revenus périodiques tirés des valeurs mobilières du FRR ont rapporté 1,0 Md€.

Les opérations de change, qui permettent au FRR de couvrir systématiquement 90 % de son portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation liée au change et non de spéculer sur ce dernier, ont généré un coût de 0,4 Md€ parce que les devises étrangères se sont en moyenne appréciées face à l'euro en 2008. Cette perte est cependant compensée par les gains réalisés sur les portefeuilles valorisés en devises.

Enfin, les instruments financiers à terme du FRR ont enregistré une perte de 1,3 Md€, essentiellement sur les produits à terme sur indices actions. Ce type de produits complète le portefeuille physique du fonds, en apportant la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs. L'exposition résiduelle aux marchés actions qui en a résulté s'est traduite par une perte au moment du débouclage des positions.

¹ Correspondant au solde des seules opérations financières, sans tenir compte des abondements reçus.

La performance globale depuis la création du FRR reste légèrement positive (+0,3 %)

Les réserves (cumul des abondements et des résultats financiers) constituées au 31 décembre 2008 s'élèvent à 28,7 Md€, hors soulte IEG et plus-values latentes, soit une baisse de 0,7 Md€ par rapport au 1^{er} janvier 2008. Les pertes de la gestion financière ont en effet été partiellement compensées par les abondements du fonds, qui ont cette année encore été principalement constitués par la fraction de 65 % du prélèvement social de 2 % sur les produits de placement.

Compte tenu de la situation des marchés à cette date, les moins-values latentes s'élevaient à -4,0 Md€ au 31 décembre 2008. Ces moins-values latentes ne figurent pas au compte de résultat, parce qu'elles ne sont pas réalisées.

Comme tout investisseur de long terme, le FRR s'expose à l'intérieur de sa période de placement à des variations de la valeur de ses actifs liées à celles des marchés financiers qui peuvent être globalement importantes, tant à la baisse qu'à la hausse. La performance globale du fonds doit donc être mesurée sur plus longue période. À fin 2008, elle reste ainsi légèrement positive à +0,3%, depuis la création du fonds.

Tableau 1 – Résultat financier du FRR

<i>En M€</i>	2006	2007	2008
Résultat financier	2133	2 724	-2560
Cessions de valeurs mobilières	1304	1392	-2168
<i>Gains</i>	1589	2016	772
<i>Pertes</i>	-284	-624	-2941
Revenus de valeurs mobilières	671	879	1031
Change	277	592	-422
<i>Gains</i>	456	827	1199
<i>Pertes</i>	-179	-235	-1621
Instruments financiers	97	138	-1326
<i>Gains</i>	185	537	501
<i>Pertes</i>	-89	-399	-1827
Frais de gestion administrative	68	69	74
Performance annuelle des placements	11,2%	4,8%	-24,9%

Tableau 2 – Abondements et solde cumulé

<i>En M€</i>	2006	2007	2008
Abondements	1 551	1 797	1839
Prélèvement de 2% sur le revenu du capital	1 545	1 782	1813
UMTS	3	11	19
Contribution de 8,2% sur l'épargne salariale	3	4	7
Résultat financier	2133	2 724	-2560
Variation du solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes	3 684	4 521	-721
Solde cumulé hors soulte et hors-plus values latentes	24 884	29 406	28 685

Source : FRR- DSS/5a

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 sociale¹ : chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA. Il est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA (voir encadré).

L'objectif global de dépenses (OGD) est sous-consommé en 2008 avec un dépassement sur le champ des personnes handicapées et une sous-consommation sur le champ des personnes âgées

La CNSA est excédentaire en 2008 à hauteur de 56 M€.

Ses produits et charges ont atteint 16,6 Md€ en 2008 dont la part prépondérante représente les transferts réciproques entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie.

Les produits se répartissent comme suit :

- 12,9 Md€ de contribution des régimes d'assurance maladie, correspondant à l'ONDAM médico-social, inscrits dans les comptes de la CNSA au titre de produits de gestion technique ;
- la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA) pour 2,3 Md€ ; elle constituée d'un prélèvement au taux de 0,3 % à compter du 1^{er} juillet 2004 portant d'une part sur les revenus salariaux, en contrepartie de la suppression d'un jour férié, et d'autre part sur les revenus du patrimoine et de placement, additionnel au prélèvement de 2 % sur le capital ;
- 0,1 point de CSG (1,1 Md€ en 2008).

Ces deux derniers produits sont les produits propres de la CNSA.

- 0,1 Md€ de produits représentant pour l'essentiel la participation des régimes d'assurance vieillesse (66 M€) et les produits financiers de la caisse (62 M€).
- Le reste des produits tient essentiellement aux reprises de provisions.

¹ À l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

Les charges se décomposent de la façon suivante :

- 13,8 Md€ de versements aux régimes d'assurance maladie correspondant pour ces régimes à des dépenses enregistrées au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux. Sur ces 13,8 Md€, 12,9 Md€ sont financés par l'ONDAM médico-social (5,5 Md€ au titre des personnes âgées et 7,4 Md€ au titre des personnes handicapées). Le reste de ce montant, soit 858 M€ (+23 % par rapport à 2007) est financé par la CNSA. Ces montants de prestations sont inférieurs à ceux budgétés dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD)¹ (14,3 Md€), qui affiche donc une sous-consommation de 509 M€ tous régimes confondus. Cette sous-consommation globale se décompose entre un dépassement de 30 M€ de l'objectif relatif aux personnes handicapées et une sous-consommation de 539 M€ de celui relatif aux personnes âgées. La montée en charge progressive du financement des mesures nouvelles budgétées se traduit par des effets reports sur l'exercice suivant (délais de construction, de recrutement...).
- 2,3 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) ; de faibles parts vont pour 21 M€ à la CNAF au titre de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), pour 24 M€ à l'État au titre des groupes d'entraides mutuelles, pour 1,5 M€ en faveur de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (l'ANESM).
- En 2008, la CNSA a également financé sur les excédents des années précédentes de nouveaux plans d'aide à la modernisation des établissements au titre des charges techniques² : 222 M€ destinés aux établissements pour personnes âgées et 75 M€ pour les établissements pour personnes handicapées. En 2006 et 2007, ces dépenses ont fait l'objet de provisions (pour charges exceptionnelles), puis lors de leur décaissement effectif (avec des décalages possibles compte tenu des délais de mise en œuvre de ces plans) elles sont comptabilisées symétriquement en charges (exceptionnelles) et en reprises sur provisions (pour charges exceptionnelles) ; ceci explique les taux de croissance élevés sur ces lignes de compte. En 2008, ces opérations représentent 102 M€ de dépenses effectives au titre des plans de modernisation de 2006-2007.
- Enfin la CNSA finance également des dépenses de modernisation des structures de l'aide à domicile et de formation et qualification des personnels de l'aide à domicile et des établissements médico-sociaux ainsi que des dépenses d'animation, de prévention et d'études dans son champ de compétence pour 96 M€.

¹ 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).

² Concernant ces plans de modernisation, la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 a confié à la CNSA une nouvelle mission pérenne d'aide à la modernisation des établissements via des plans d'aide à l'investissement. Alors que ces plans d'investissement 2006 et 2007 étaient traités en « charges exceptionnelles ou dotation pour charges exceptionnelles », ces plans sont donc à partir de 2008 en « charges techniques ou dotation pour charges techniques ».

Tableau n°1 – Descriptif des recettes propres de la CNSA

Dénomination	Assiette	Champ	Taux en 2004	Taux en 2005	Taux en 2006	Recouvrement
CSG sur les revenus d'activité (art. L 136-1 à L136-5 CSS)	97% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu salarial et non salarial	0,1%			Compétence URSSAF
CSG sur les revenus de remplacement	Personnes imposables à l'IR uniquement. * 97% de l'allocation chômage, * 100% des IJ et des pensions brutes de retraite et préretraite		0,1 % sur les ménages imposables à l'IR uniquement			
CSG placement (art. L 136-7 CSS / art. 1600-0 C.CGI)	voir glossaire		0,1%			Compétences DGFIP
CSG patrimoine (art. L 136-6 CSS / art. 1600-0 C.CGI)			0,1%			Compétences DGFIP
CSG jeux (art. L 136-7-1 CSS)			0,1%			
Nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	100% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu d'activité professionnelle (hors ETI)	0,3% à compter du 1er juillet 2004	0,3%	0,3%	Compétence URSSAF
Prélèvement additionnel au 2% capital patrimoine	Assiette de la CSG patrimoine placement - voir glossaire		0,15%	0,3%	0,3%	Compétences DGFIP
Prélèvement additionnel au 2% capital placement			0,3% à compter du 1er juillet 2004	0,3%	0,3%	

Encadré 1 – Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

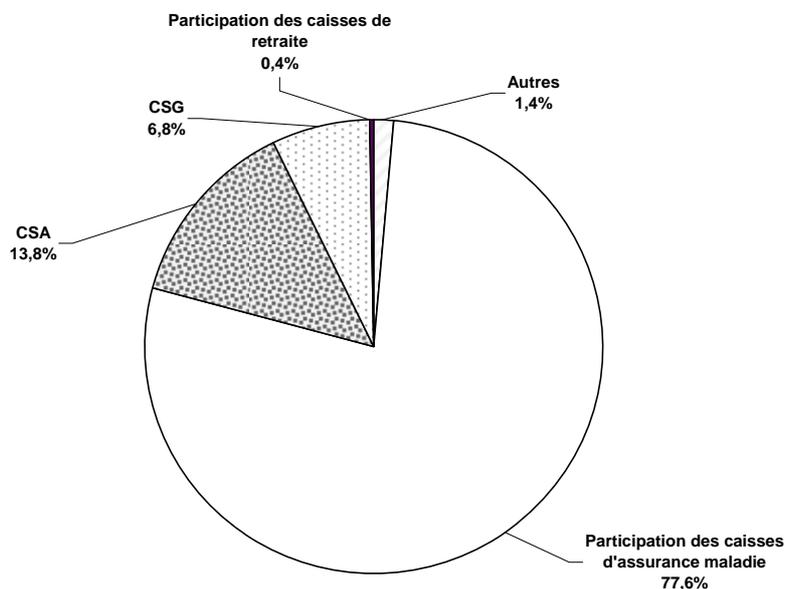
Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et 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.

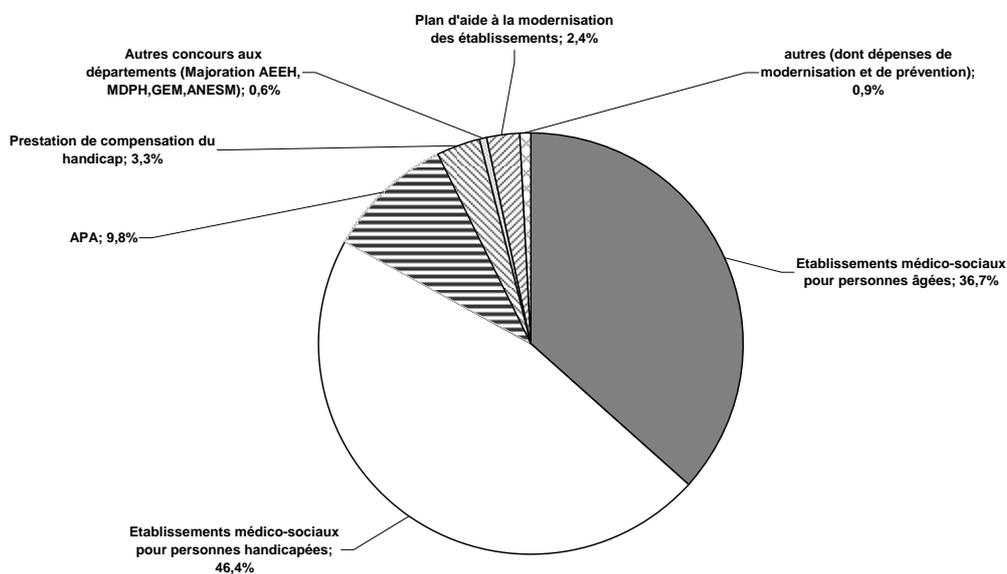
2° la part (54 %) des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

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.

Graphique n°1 – Répartition des produits de la CNSA en 2008



Graphique n°2 – Répartition des charges de la CNSA en 2008



En 2009, le solde comptable annuel de la CNSA serait déficitaire malgré un résultat cumulé qui reste positif

La prévision du solde 2009 de la CNSA est délicate, compte tenu des écarts à l'objectif de dépenses traditionnellement constatés sur les établissements et services médico-sociaux, résultant du calendrier de réalisation effective des mesures nouvelles. Les comptes présentés ici reposent sur l'hypothèse restant à vérifier qu'il n'y aura pas de sous-consommation de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD)¹.

En 2009, les charges globales de la CNSA augmenteraient de 13 %.

La progression de l'OGD pour 2009 a été fixée à 6,2 %. Dans les comptes présentés ici, cette progression est fortement majorée par plusieurs facteurs : les dépenses effectivement comptabilisées en 2008 intègrent une sous consommation qui n'est pas reprise dans la base sur laquelle est construite la progression de l'OGD et le périmètre des dépenses est élargi en 2009 avec d'une part l'effet en année pleine du transfert de certains de soins de ville vers le médico-social et d'autre part d'importants transferts de fongibilité (voir encadré 1).

Outre ces dépenses, la CNSA financerait également en 2009 les plans d'aides à la modernisation des établissements à hauteur de 280 M€ au titre de 2006, 2007 et 2008² et 230 M€ pour 2009³, 70 M€ au titre du plan de relance de l'économie et 165 M€ pour le financement des Contrats Plan État Région (CPER) sur la période 2010-2013.

Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH devraient, quant à eux, baisser en 2009 de 3,4 %. Cette baisse est mécaniquement liée à la baisse de recettes de CSA et CSG ainsi qu'aux moindres produits financiers. Les concours aux maisons départementales des personnes handicapées et les dépenses de modernisation de l'aide à domicile augmenteront de 15 M€ pour porter la contribution globale à 60 M€.

Les produits connaîtraient symétriquement un rythme de croissance de +7,6 %, inférieur à celui des charges. La participation des caisses d'assurance maladie progresserait de 9,7 % (correspondant à la progression de l'ONDAM médico-social et à l'effet de l'intégration de certains dispositifs médicaux dans le champ des EHPAD, ce qui conduit à un basculement de certaines dépenses de soins de ville vers le champ médico-social).

Les recettes propres de la CNSA (CSA et CSG) baissent de 2 % (-1% pour la CSG et -2,5 % pour la CSA).

Au total, sous ces hypothèses conventionnelles, la CNSA serait déficitaire en termes comptables à hauteur de 840 M €.

Les écarts de prévision à la LFSS 2009

Le résultat 2008 est dégradé d'environ 39 M€ par rapport à la prévision établie en lors de la LFSS 2009 passant ainsi d'un excédent de 95 M€ prévu à un excédent de 56 M€.

D'une part, les produits ont été inférieurs de 29M€ à la prévision de la LFSS. L'élément essentiel est la baisse de rendement de la CSA (-47 M€), tandis que les reprises sur

¹ La prévision présentée ici reprend les charges budgétées par le conseil de la CNSA. 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.

² Ces dépenses restent inscrites en charges exceptionnelles pour 2006 et 2007 et en charges techniques à partir de 2008.

³ Ces plans qui deviennent des plans d'aide à l'investissement en 2009 sont inscrits en charges techniques.

provisions pour charges techniques ou exceptionnelles et les produits financiers ont été de 14 M€ plus élevés qu'attendu. Les produits exceptionnels enregistrés par la CNSA (5,5 M€) expliquent le reste de l'écart à la prévision LFSS.

Concernant les charges, une régularisation des concours au titre des exercices antérieurs de l'APA explique une hausse de 20 M€ compensée en partie par la baisse mécanique de certaines charges liées au rendement de la CSA. Au total les charges réalisées de la CNSA sont supérieures de 10 M€ à la prévision LFSS.

La nouvelle prévision pour 2009 se dégrade d'environ 300 M€ par rapport à celle présentée dans le cadre de la LFSS pour 2009. À une baisse des produits de 200 M€ due à des baisses de rendements de la CSA et de la CSG et à de moindres produits financiers, s'ajoute une hausse des charges de 100 M€ en particulier liée à la contribution de la CNSA au plan de relance de l'économie et aux contrats de projet État -Région (CPER) qui est financée par l'accumulation des excédents précédents.

Encadré 2 – 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. Dans un souci de cohérence avec la présentation des comptes des autres organismes, ces sections ne sont pas distinguées ici (tableau 2). Le tableau 3 détaillant les charges techniques permet néanmoins une lecture de l'évolution des charges relatives aux principales sections de la caisse.

Tableau 2 – Compte de la CNSA 2007-2009

En millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%
CHARGES	15 026,1	16 567,9	10,3	18 721,1	13,0
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	14 755,9	16 450,4	11,5	18 417,5	12,0
I - PRESTATIONS SOCIALES	6,2	11,9	90,6	20,0	68,0
Prestations extralégales	4,8	11,9	++	20,0	68,0
Autres prestations	1,4	0,0	--	0,0	-
Actions de prévention (INPES et FNPEIS)	1,4	0,0	--	0,0	-
II - CHARGES TECHNIQUES	14 669,9	16 065,3	9,5	17 891,1	11,4
Transferts entre organismes	12 509,3	13 778,0	10,1	15 623,4	13,4
Participation au financement des fonds et organismes	2 160,6	2 287,3	5,9	2 267,7	-0,9
Subventions	2 160,6	2 287,3	5,9	2 267,7	-0,9
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	23,6	26,2	10,8	41,4	58,1
Pertes sur créances irrécouvrables	7,3	11,8	62,2	26,9	++
Autres charges techniques	16,4	14,4	-12,0	14,5	0,6
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	52,9	347,1	++	465,0	34,0
- pour dépréciation des actifs circulants	41,3	14,8	-64,0	0,0	--
- pour autres charges techniques	11,6	332,2	++	465,0	40,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	3,2	0,0	--	0,0	-
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	11,9	15,3	28,9	16,6	8,2
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	258,4	102,1	-60,5	287,0	++
PRODUITS	15 324,5	16 624,1	8,5	17 881,1	7,6
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	15 318,3	16 501,3	7,7	17 594,0	6,6
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	3 297,8	3 418,4	3,7	3 348,8	-2,0
CSG, impôts et taxes affectés	3 297,6	3 417,9	3,6	3 348,8	-2,0
CSG	1 078,0	1 122,4	4,1	1 111,4	-1,0
CSA	2 219,6	2 295,5	3,4	2 237,3	-2,5
II - PRODUITS TECHNIQUES	11 791,0	12 899,0	9,4	14 148,2	9,7
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	64,5	65,5	1,6	67,0	2,2
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	128,1	56,4	-56,0	0,0	--
V - PRODUITS FINANCIERS	36,9	62,0	68,1	30,0	-51,6
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,2	0,4	94,1	0,0	--
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	6,1	122,4	++	287,1	++
Résultat net	298,4	56,2	-81,2	-840,0	--

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

Résultat cumulé	956,8	1 013,0		172,9	
------------------------	--------------	----------------	--	--------------	--

Tableau 3 – Évolution détaillée des charges de gestion technique 2004-2009

En millions d'euros

	2004 année partielle	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL CHARGES TECHNIQUES	1 074,3	2 428,0	13 527,5	14 755,9	16 450,4	18 417,5
Transferts entre organismes	1 070,1	2 403,1	13 418,9	14 669,9	16 362,1	18 330,0
Concours versé aux régimes d'assurance maladie	145,3	524,1	11 430,5	12 490,3	13 756,8	15 602,0
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (1)	144,9	374,1	4 692,1	5 200,5	6 072,8	7 592,0
- mesures financées par l'apport CNSA	144,9	374,1	323,1	405,5	549,8	1 175,0
- ONDAM budgété	-	-	4 369,0	4 795,0	5 523,0	6 417,0
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées	-	150,0	6 738,4	7 289,8	7 684,0	8 010,0
- mesures financées par l'apport CNSA	-	150,0	131,4	293,8	308,0	283,0
- ONDAM budgété	-	-	6 607,0	6 996,0	7 376,0	7 727,0
ANESM	-	-	-	1,5	1,5	1,8
Concours versé à la CNAF au titre de la majoration parents isolés de l'AEES	-	-	16,3	19,0	21,2	21,4
Concours versé à la CNAF au titre des congés de soutien familial	-	-	-	10,5	-	-
Concours aux départements	924,8	1 369,8	1 972,1	2 128,6	2 261,8	2 215,8
Allocation personnalisée d'autonomie	894,9	1 341,1	1 411,4	1 521,4	1 619,4	1 562,0
Modernisation de l'aide à domicile	29,9	29,7	17,4	26,7	46,2	79,1
Prestation de compensation du handicap	-	-	523,3	530,5	551,2	514,7
Fonctionnement des maisons départementales du handicap	-	-	20,0	50,0	45,0	60,0
Divers fonds de concours au budget de l'État (dont GEM, groupe d'entraide mutuelle)	-	509,2	-	20,0	24,0	24,0
PAI, CPER et plan de relance à l'investissement - personnes âgées (2) (3)	-	-	-	-	221,6	344,0
PAI, CPER et plan de relance à l'investissement - personnes handicapées	-	-	-	-	75,2	121,0
AUTRES CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	4,2	24,9	108,6	86,0	88,3	87,5

¹ Les charges relevant des unités de soins de longue durée ne figurent pas dans la présentation du compte.

source: SD 1/S/D6/CNSA

² Plans d'aide à l'investissement des établissements (PAI) qui remplacent à partir de 2009, les Plans d'aide à la modernisation des établissements³ Contrat Plan Etat Région (CPER)

THÈME 16
LES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL

Encadré méthodologique – Les produits et charges nets du régime général : pourquoi, comment ?

Le rapport de la CCSS présente les comptes du régime général, tels qu'ils ont été établis par les régimes eux-mêmes. On trouve ainsi dans le rapport, pour les différentes branches, les montants de produits et de charges calculés par les régimes avec un niveau de détail naturellement plus limité que le plan comptable qui comporte plus de 3 000 lignes.

Le rapport présente également des montants de produits et de charges dits « nets ». Il s'agit de montants obtenus à partir des comptes, par différents regroupements d'écritures comptables destinés à permettre une analyse « économique » des évolutions du compte. Ces regroupements sont totalement neutres sur les soldes. Seules varient les masses de charges et produits pour passer du « brut » au « net ».

Les opérations de consolidation intra-branches du régime général

Les écritures de provisions conduisent à inscrire en produits des opérations relatives aux prestations et en charges des opérations relatives aux cotisations.

Pourtant, le provisionnement d'une créance n'est, économiquement, pas une charge pour le régime, mais vise en réalité à éviter que le résultat comptable ne soit majoré d'un produit qui ne sera jamais recouvré. De même, les reprises sur provisions pour prestations et autres charges techniques ne constituent pas, économiquement, un produit pour le régime ; il s'agit d'écritures qui visent à compenser une charge qui se rattache à l'exercice précédent et qui n'a donc pas à peser sur le résultat de l'exercice.

Par ailleurs, plusieurs écritures comptables résultent chaque année d'opérations particulières sur les créances. Certaines créances sont annulées ou abandonnées. D'autres créances sont admises en non-valeur, lorsqu'on estime qu'il ne sera plus possible de recouvrer quoi que ce soit sur ces créances. Ces opérations se traduisent par l'écriture d'une charge pour pertes sur créances irrécouvrables. Les créances admises en non-valeur avaient dans leur grande majorité fait l'objet d'une provision, puisque leur recouvrement qui paraît désormais impossible avait pu être considéré comme douteux auparavant. Au moment de l'admission en non-valeur, cette provision est reprise en produit de l'exercice. Le résultat de l'exercice n'est donc affecté que par la différence entre le montant des pertes sur créances et le montant des reprises sur provisions, c'est-à-dire par la fraction des créances irrécouvrables qui n'avaient pas été provisionnées auparavant. Ces écritures comptables sur les créances, qui affectent les charges et les produits, n'ont pas non plus de sens économique.

Toutes ces écritures se justifient par les règles de procédure comptable, et notamment par le principe de « non-contraction » des produits et des charges. Néanmoins, elles conduisent à augmenter les montants des produits et des charges, sans lien avec l'activité des organismes.

Les opérations de consolidation inter-branches du régime général

Les charges de transfert de l'ONDAM médico-social de l'assurance maladie (et de la branche AT-MP) à la CNSA et les produits relatifs aux prises en charge de prestations médico-sociales par la CNSA doivent être consolidées pour éviter de retracer deux fois les mêmes montants dans les comptes de la CNAM et de la CNAM AT-MP.

D'autres opérations de transferts entre branches ne constituent ni une ressource ni une charge pour l'ensemble des régimes consolidés toutes branches. Il s'agit du transfert de la CNAM-AT vers la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, du transfert de la CNAF vers la CNAM au titre du congé paternité et du transfert de la CNAF vers la CNAV au titre des cotisations de l'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF).

La consolidation des opérations exceptionnelles

Les opérations sur les charges et produits exceptionnels, comme la reprise de dette en 2007, sont consolidés dans les produits et charges nets afin de suivre au mieux leurs évolutions.

Le déficit de la CNAM-Maladie poursuit son redressement en 2008 mais à un rythme ralenti

En 2008 le déficit s'est réduit de 181 M€, passant de 4,6 Md€ en 2007 à 4,4 Md€ en 2008. Ainsi, depuis 2004, le déficit sera passé de 11,6 Md€ à 4,4 Md€ en 2008.

En 2008, les charges nettes ont progressé de 3,7 % et les produits nets de 4,0 %.

La croissance des prestations reste dynamique en 2008, en ralentissement par rapport à 2007

Les prestations (y compris les dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions¹) continuent de croître mais à un rythme moins soutenu (+3,4 % contre +4,1 % en 2007) :

- les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté en 2008 de 3,4 % contre 4,2 % en 2007 sur l'ensemble des régimes. Ainsi l'année 2008 est dans la lignée de la tendance constatée depuis 2005. Parmi ces dépenses, les soins de ville ont significativement décéléré (+2,5 % contre +4,4 % en 2007) en raison notamment de la mise en place de la franchise en janvier 2008 tandis que les dépenses relatives aux établissements de santé progressent plus rapidement (+3,9 % contre +3 % en 2007) (voir fiche 9-2). Cette évolution de 3,4 % des dépenses tous régimes du champ de l'ONDAM correspond à une croissance de l'ordre de 4 % des prestations maladie-maternité de la CNAM en 2008 ; néanmoins d'importantes corrections de provisions au titre de 2007 minorent cette croissance (voir fiche 16-02 explicitant l'ensemble des facteurs de passage de l'évolution de l'ONDAM à celle enregistrée dans les comptes de la CNAM) ;
- les prestations hors ONDAM de la CNAM ont progressé de 2,5 % en 2008 (+2,4 % en 2007) :
 - les charges des prestations invalidité ont poursuivi le ralentissement observé depuis 2006 (+0,9 % en 2008, +3 % en 2007 et +4,8 % en 2006). Des facteurs démographiques jouent en ce sens. En effet, la dernière génération creuse, celle de 1945, a dépassé les 60 ans en 2005 et ne relève plus du dispositif invalidité de la branche maladie (voir fiche 9-4). Les générations suivantes, celles du baby boom, sont de taille comparable entre elles, il y a donc un équilibre entre les entrées et les sorties de la tranche d'âge avec la plus forte prévalence d'invalidité (les 50-60 ans),
 - les charges de prestations maternité hors ONDAM (les indemnités journalières maternité et paternité) ont quant à elles sensiblement augmenté (+5,3 %) du fait de la hausse des naissances en 2008 (voir fiche 9-4).

Les autres postes de charges (hors prestations, provisions pour prestations et hors CNSA) ont enregistré une forte hausse

Sur ces postes, qui représentent environ 9 % de l'ensemble des charges nettes de la branche, la hausse est de 4,5 % en 2008 (+2,6 % en 2007).

¹ L'évolution du seul poste de « charges de prestations » dans le tableau des charges dépend du partage entre prestations et dotations aux provisions qui peut varier fortement d'une année sur l'autre. C'est pourquoi, cette évolution ne peut facilement être commentée et c'est celle de l'agrégat « prestations + dotations aux provisions – reprises sur provisions » qui est ici présentée.

L'évolution a cependant été différente selon le type de charges :

- les charges de gestion courante baissent de 72 M€ (-1,2 % contre +4,7 % en 2007)¹ ;
- les charges au titre des subventions, participations et contributions au financement des fonds nationaux baissent de 10,8 % (soit -84 M€ par rapport à 2007) ;
- les charges exceptionnelles deviennent négligeables (26M€), après neutralisation des écritures nécessaires au remboursement de la dette de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale en 2007². Notons que dans les comptes clos 2007, cette ligne tenait aussi compte des dépenses d'exonération du ticket modérateur au titre des ALD 31-32 en attendant leur basculement dans le champ des prestations légales³ ;
- les charges de transferts d'équilibrage augmentent de 155 M€ (+15 %) traduisant une hausse des déficits des régimes de salariés agricoles (60 M€), des marins (40 M€) et la reprise des déficits cumulés du régime de Mayotte (50 M€) ; les prises en charge de cotisation des personnels et auxiliaires médicaux (PAM) augmentent de 64 M€ (+3,9 %). Les charges nettes de compensations augmentent de 21% (290 M€) en raison d'une importante régularisation enregistrée dans les comptes clos 2007 ;
- enfin, les charges financières augmentent de 112 M€ (+44 %) pour s'établir à 367 M€.

Les recettes de la CNAM sont restées dynamiques en 2008 mais en ralentissement par rapport à 2007

La croissance globale des produits nets (hors variation des transferts CNSA notamment) a été de 4 % en 2008 (+4,9 % en 2007).

- Ses deux principaux moteurs (91 % des produits nets) sont les produits de la CSG (+4,8 % en 2008 contre 5,6 % en 2007) et les cotisations, y compris la compensation des exonérations par dotation budgétaire et recettes fiscales (+3,3 % en 2008 contre +4,4 % en 2007).
- Le poste « Autres impôts et taxes affectés » augmente de 445 M€ (+9,9 % par rapport à 2007) sous l'effet conjugué de la mise en place de la « contribution sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites » (+220 M€), du rendement de la contribution additionnelle à la CSSS (+63 M€ par rapport à 2007), des taxes médicaments (+95 M€ par rapport à 2007) et de la taxe tabacs (+62 M€ par rapport à 2007) ; les autres taxes augmentant de 6 M€.
- Les produits exceptionnels ont augmenté de 249 M€ par rapport à 2007 du fait principalement de régularisations comptables.
- Le poste comptable « Divers produits techniques » diminue quant à lui de 142 M€ s'expliquant essentiellement par une diminution des remises conventionnelles de 174 M€.

Le déficit de la CNAM augmenterait fortement en 2009

Le déficit s'établirait à 9,4 Md€ en 2008, soit une détérioration du solde de 5 Md€ par rapport à l'exercice 2007. Les charges nettes progresseraient rapidement (+3,9 %) tandis que la croissance des produits nets se ferait à un rythme nettement moins rapide (+0,4 %).

¹ Depuis 2008 les dépenses FNGA ACOSS-UCANSS sont intégrées dans les charges de gestion courante. Notre présentation comprend un retraitement des comptes clos 2007 afin de permettre une comparaison à champ constant.

² Ces écritures consistaient dans les comptes clos 2007 en une inscription en charges et en produits exceptionnelles, du montant remboursé par l'État à la branche.

³ Traditionnellement, les dépenses relatives à la prise en charge de l'exonération du ticket modérateur au titre des ALD 31-32 étaient inscrites dans le FNASS dans la limite de son budget. Il était prévu qu'elles basculent dans le champ des prestations légales en 2008 mais le seront finalement en 2009. En attendant, elles ont été comptabilisées en « charges exceptionnelles » en 2007 et en « diverses charges techniques » en 2008.

En ce qui concerne les **charges**, la progression des prestations sociales (y.c. les dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions) en 2009 serait à nouveau importante (+4,5 % après +3,4 % en 2008 et +4,1 % en 2007). Cette progression subit les à-coups liés à l'écart dans les provisions passées en 2007 et les charges constatées en 2008 au titre de 2007. L'agrégat, faible en 2008, subira donc un rebond mécanique en 2009 (voir fiche 16-02). De plus, l'intégration dans les prestations sociales des dépenses au titre des ALD31-32 contribuent aussi à l'augmentation prévue en 2009.

Les charges techniques hors CNSA augmenteraient de 10 % en 2009 sous l'effet de la hausse conjointe des transferts, des prises en charge de cotisations et des subventions au financement des fonds et autres organismes (+26 %). Parmi ces subventions, le projet de loi de financement de l'assurance maladie prévoit une contribution de la branche maladie à l'ONIAM¹ de 117 M€ contre 50 M€ en 2008 ainsi qu'une participation plus importante au FIQCS² (+20 M€ par rapport à 2007). Les charges nettes de compensation de la CNAM deviendraient bénéficiaires de 140 M€, tandis que les transferts d'équilibre liés à l'intégration du régime des exploitants agricoles se traduirait par un transfert de 150 M€ à la charge de la CNAM (voir encadré 1).

Les diverses charges techniques baisseraient de 23 % en raison essentiellement de la comptabilisation des dépenses au titre des ALD31-32 en prestations légales.

Les charges de gestion courante progresseraient de +4 % et les charges financières baisseraient, quant à elles de près de 300 M€ suite à la reprise de la dette par la CADES.

Du côté des **produits** :

- La croissance des produits de cotisation y compris la compensation des exonérations s'établirait à +0,1 % seulement contre une progression de 3 % en 2008.
- Sous l'effet d'une conjoncture économique dégradée, la recette de CSG baisserait en 2009³ (-2,3 % par rapport à 2008, après une progression de +4,8 % en 2008).
- Les « Autres impôts et taxes affectés », qui ne représentent que 4,5 % des cotisations et impôts progresseraient de 25 % du fait d'une affectation supplémentaire de droits tabacs pour 750 M€ (voir fiche 6-4).
- Les produits techniques hors versement CNSA augmenteraient de 28 % (+389 M€) essentiellement du fait d'un transfert supplémentaire de 300M€ de la CNAM-AT vers le compte CNAM-Maladie au titre de la sous déclaration des accidents du travail et maladie professionnelles.
- Les divers produits techniques augmenteraient de 12%.

Les écarts à la LFSS 2009

Le **résultat 2008** s'est dégradé de 247 M€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2009⁴.

¹ Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

² Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

³ Elle baisse aussi du fait du mode de répartition de la CSG maladie qui laisse à la CNAM le solde du produit de CSG après attributions aux autres régimes maladie.

⁴ Concernant les charges autres que les prestations sociales certains retraitements sont nécessaires afin de comparer à champ comptable identique. Par exemple, les dépenses au titre des ALD 31 & 32 estimées en charges exceptionnelles alors que les comptes 2008 les inscrivent en diverses charges techniques, de même pour le contentieux dentistes passant des charges exceptionnelles aux dotations pour charges techniques ou encore les dépenses FNGA en charges de gestion courante alors qu'elles ont été finalement enregistrées en charges techniques. Dans la mesure du possible, les commentaires

Les dépenses de prestations sociales ont été inférieures de 370 M€ à la prévision de la LFSS (y compris dotations, nettes des reprises sur provisions) dont 160 M€ sur les prestations légales et le reste sur les prestations extralégales (dépenses d'action sanitaire et sociale) et sur d'autres prestations telles que les dépenses de prévention.

Les charges de gestion courante avaient été surévaluées de 80 M€ alors que les compensations et transferts d'équilibrage ont entraîné 120 M€ de charges supplémentaires.

La dégradation de la situation économique a quant à elle entraîné une baisse des cotisations, de la CSG et des autres recettes fiscales de 470 M€.

Enfin, sur certains autres postes, suite à des écritures de fin d'année tenant compte des remarques de la Cour des Comptes, les charges constatées ont été supérieures de 108 M€ au montant initialement prévu.

La nouvelle prévision pour 2009 est dégradée d'environ 4,8 Md€ par rapport à celle de la LFSS pour 2009. La révision est à la hausse sur les charges et à la baisse sur les produits. Les principaux éléments de révision sont les suivants.

En charges, la révision à la hausse des prestations sociales (y compris dotations nettes des reprises) s'élève à 0,6 Md€ dont l'essentiel (0,4 Md€) est lié à la prévision de dépassement de l'ONDAM 2009 (voir fiche 9-2) et à des corrections relatives aux flux financiers entre le régime général et la CNSA.

Concernant les **produits**, du fait de la révision des hypothèses économiques, les produits de cotisations et les recettes de CSG sont revus à la baisse d'environ 3,8 Md€. Les autres recettes fiscales rapporteraient 0,5 Md€ de moins et les compensations et transferts d'équilibrage sont aussi revues à la baisse de 0,2 Md€.

En milliards d'euros

CNAM	2008	2009
Solde LFSS	-4,20	-4,60
Prestations (nettes)	0,15	-0,56
Prestations extralégales	0,21	0,14
Gestion administrative	0,08	0,16
Recettes sur revenus d'activité	-0,43	-3,78
Recettes fiscales hors CSG activité	-0,03	-0,51
Compensation et transferts d'équilibrage	-0,12	-0,16
Charges financières	0,02	0,09
Autres	-0,12	-0,20
Solde technique	-4,45	-9,42
<i>Ecart au solde précédent</i>	<i>-0,25</i>	<i>-4,83</i>

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

tiennent compte de ces ajustements. Néanmoins, certaines dépenses se trouvent dans plusieurs lignes de compte à la fois ; ce qui empêche une comparaison à champ constant.

Encadré 1 – suppression du FFIPSA et comptes de la CNAM

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), établissement public à caractère administratif, a été créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 afin de remplacer le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), qui ne répondait plus à la définition des budgets annexes prescrite par la loi organique du 1^{er} janvier 2001 relative aux lois de finances (LOLF) et a été supprimé au 31 décembre 2004. Le FFIPSA s'est donc, dès 2005, substitué au BAPSA dans sa mission de garantir le financement des prestations maladie et vieillesse des non salariés agricoles.

La LFSS pour 2009 dans son article 17 a prévu la suppression du FFIPSA à compter du 1^{er} janvier 2009 et le transfert de la gestion du régime des non salariés agricoles à la CCMSA. À cette date, les droits et obligations du FFIPSA ont donc été transférés à la CCMSA. Par ailleurs, l'article 61 de la LFI a prévu l'apurement de la dette du FFIPSA par l'État. La totalité des dettes du FFIPSA à fin 2008 (8 Md€) a donc été reprise par l'État afin de garantir la neutralité de la reprise des engagements du fonds pour la CCMSA (report à nouveau nul au 1^{er} janvier 2009).

Un traitement différencié a été réservé aux branches maladie et vieillesse. La branche maladie du régime est pour sa part intégrée financièrement à la CNAM à compter de 2009. Cet adossement au régime général pour la branche maladie reproduit ce qui avait été opérée pour les branches maladie et vieillesse des salariés agricoles.

Pour consolider le financement de la branche maladie, la taxe sur les véhicules de société est intégralement affectée à la CCMSA. Le rendement prévu en LFSS pour cette taxe en 2009 était de 1,2 Md€, ce qui suffisait à équilibrer le solde et à garantir la neutralité de l'intégration financière pour la CNAM qui assure désormais l'équilibre in fine de la branche. Cependant, la dégradation des recettes de la branche maladie des non salariés agricoles du fait du contexte économique défavorable devrait induire en 2009 un transfert d'équilibre de la CNAM.

CNAM-maladie – charges

En millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%
CHARGES	161 531,8	166 124,3	2,8	174 693,9	5,2
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	153 018,9	160 322,5	4,8	168 677,8	5,2
I - PRESTATIONS SOCIALES	127 559,4	130 354,2	2,2	135 797,5	4,2
Prestations légales	126 471,4	129 398,9	2,3	134 889,5	4,2
Prestations légales « maladie-maternité »	121 915,8	124 802,8	2,4	130 234,8	4,4
Prestations légales « maladie »	115 932,2	118 821,3	2,5	124 080,7	4,4
Prestations légales « maternité »	5 983,6	5 981,5	0,0	6 154,2	2,9
Prestations légales « invalidité »	4 397,8	4 435,4	0,9	4 492,4	1,3
Prestations légales « décès »	157,8	160,7	1,8	162,3	1,0
Prestations extralégales	380,0	215,0	-43,4	219,1	1,9
Autres prestations	708,0	740,3	4,6	688,9	-6,9
Actions de prévention (INPES et FNPEIS)	381,2	419,5	10,0	380,9	-9,2
Prestations : conventions internationales	276,5	296,2	7,1	308,0	4,0
Autres prestations	50,3	24,7	-51,0	0,0	--
II - CHARGES TECHNIQUES	15 440,9	16 446,5	6,5	18 028,7	9,6
Transferts entre organismes	14 663,4	15 752,6	7,4	17 154,1	8,9
Compensations	1 850,3	1 834,3	-0,9	1 817,5	-0,9
Compensation généralisée	61,0	40,7	-33,3	4,9	-88,0
Compensations bilatérales	1 789,3	1 793,7	0,2	1 812,6	1,1
Transferts d'équilibrage	1 049,2	1 203,7	14,7	1 443,5	19,9
Prises en charge de cotisations	1 627,3	1 691,3	3,9	1 809,7	7,0
Prises en charge de prestations	10 077,4	10 961,6	8,8	12 019,6	9,7
Autres transferts divers	59,2	61,7	4,2	63,8	3,5
Participation au financement des fonds et organismes	777,5	693,9	-10,8	874,6	26,0
Subventions	313,1	234,1	-25,2	212,0	-9,4
Contributions Financement de fonds	464,4	459,8	-1,0	662,6	44,1
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	996,6	1 781,2	78,7	1 375,3	-22,8
Pertes sur créances irrécouvrables	787,9	1 078,5	36,9	1 078,5	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	746,3	1 042,2	39,7	1 042,2	0,0
- sur prestations	41,6	36,3	-12,7	36,3	0,0
Autres charges techniques	0,0	466,9	-	79,8	-82,9
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	8 766,9	11 373,2	29,7	13 400,9	17,8
- pour prestations sociales	8 455,4	10 529,5	24,5	13 102,8	24,4
- pour dépréciation des actifs circulants	108,0	212,1	96,4	59,4	-72,0
- pour autres charges techniques	203,4	631,6	++	238,6	-62,2
V - CHARGES FINANCIÈRES	255,1	367,4	44,0	75,4	-79,5
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	5 847,8	5 775,8	-1,2	5 990,0	3,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	2 665,1	26,0	-99,0	26,0	0,0

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

CNAM-maladie – produits

En millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%
PRODUITS	156 902,7	161 675,7	3,0	165 270,9	2,2
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	154 211,1	161 026,1	4,4	164 854,2	2,4
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	132 012,1	137 742,2	4,3	137 751,9	0,0
Cotisations sociales	65 350,8	67 013,6	2,5	67 124,7	0,2
Cotisations sociales des actifs	64 437,4	66 110,1	2,6	66 195,3	0,1
Cotisations sociales salariés	64 165,1	65 986,7	2,8	65 830,3	-0,2
Cotisations patronales	60 598,1	62 461,7	3,1	62 332,2	-0,2
Cotisations salariales	3 567,0	3 524,9	-1,2	3 498,1	-0,8
Cotisations sociales non-salariés	272,2	123,4	-54,7	365,0	++
cotisations des inactifs	523,6	555,0	6,0	572,9	3,2
Autres cotisations sociales	199,3	224,6	12,7	229,5	2,2
Majorations et pénalités	190,5	123,8	-35,0	126,9	2,5
Cotisations prises en charge par l'État	1 611,2	1 776,3	10,2	1 562,0	-12,1
Cotisations prises en charge par la Sécu.	1 227,7	1 383,4	12,7	1 480,2	7,0
Produits entité publique autre que l'Etat	670,2	753,7	12,5	753,7	0,0
CSG, impôts et taxes affectés	63 152,3	66 815,3	5,8	66 831,3	0,0
CSG	49 792,8	52 207,6	4,8	51 007,5	-2,3
Impôts et taxes affectées (ITAF)	13 359,5	14 607,7	9,3	15 823,8	8,3
ITAF compensant des exonérations	8 847,9	9 650,7	9,1	9 621,9	-0,3
Autres ITAF	4 511,6	4 957,0	9,9	6 201,9	25,1
II - PRODUITS TECHNIQUES	12 336,4	13 019,8	5,5	14 899,4	14,4
Transferts entre organismes	11 930,0	12 639,0	5,9	14 525,6	14,9
Compensations	490,3	185,3	-62,2	304,1	64,1
Compensation généralisée	142,2	0,0	--	143,7	-
Compensations bilatérales	348,1	185,3	-46,8	160,4	-13,5
Prise en charge de prestations	10 855,2	11 866,1	9,3	13 362,4	12,6
Autres transferts divers	20,6	28,4	37,6	0,0	--
Contributions publiques	397,8	373,0	-6,2	366,1	-1,9
Remboursement de cotisations	0,0	0,1	68,6	0,1	0,0
Remboursement de prestations	250,1	237,0	-5,3	240,0	1,3
Autres contributions publiques	147,6	136,0	-7,9	126,0	-7,4
Autres contributions	8,6	7,8	-9,7	7,8	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	1 392,2	1 249,8	-10,2	1 397,8	11,8
Recours contre tiers	832,0	881,0	5,9	881,0	0,0
Remise conventionnelle	356,3	182,4	-48,8	292,4	60,3
Excédent de la CMU-C	0,0	0,0	-	38,0	-
Remises et pénalités (entreprises de médicaments)	5,5	33,2	++	33,2	0,0
Autres produits techniques	198,5	153,2	-22,8	153,2	0,0
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	8 460,6	9 007,2	6,5	10 805,1	20,0
- pour prestations sociales	7 923,7	8 455,2	6,7	10 526,4	24,5
- pour dépréciation des actifs circulants	112,4	273,3	++	0,0	--
- pour autres charges techniques	424,5	278,7	-34,3	278,7	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	9,7	7,1	-26,4	0,0	--
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	364,4	342,6	-6,0	351,8	2,7
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	2 327,2	307,0	-86,8	64,9	-78,8
Résultat net	-4 629,2	-4 448,6	-3,9	-9 423,0	++

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

En millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%
Charges nettes	139 982,2	145 174,5	3,7	150 767,6	3,9
Produits nets	135 353,1	140 725,9	4,0	141 344,6	0,4
Résultat net	-4 629,2	-4 448,6	-3,9	-9 423,0	++

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

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 et celles relatives à l'apurement de la dette de l'État en 2007.

DES DÉPENSES DU CHAMP DE L'ONDAM AUX PRESTATIONS MALADIE-MATERNITÉ DE LA CNAM

Les prestations et l'ONDAM sont deux visions distinctes des dépenses d'assurance maladie. Dans le premier cas l'approche est comptable. Les prestations de l'année N sont figées une fois pour toutes au mois de mars de l'année N +1 lors de la clôture des comptes des régimes. Dans le second cas, l'approche des dépenses est économique. L'analyse porte sur les remboursements afférents aux soins de l'année N exclusivement. Ainsi, cette approche conduit à corriger les réalisations au titre de l'année N jusqu'en mars de l'année N +2. Par ailleurs, les champs des dépenses couvertes par ces deux notions sont très différents.

Le raisonnement ci-dessous consiste à partir de l'évolution entre 2007 et 2008 des réalisations économiques constatées de l'ONDAM, à champ constant, pour aboutir à l'évolution des charges comptables de prestations maladie-maternité enregistrées dans les comptes de la CNAM clos en 2007 et 2008.

1/ Selon les dernières données disponibles, le taux d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2008 est de 3,4 % (à champ constant, sur le périmètre de l'ONDAM 2008).

2/ **Retour aux périmètres ONDAM propres à chaque exercice.** Cette étape consiste à revenir aux réalisations de l'ONDAM sur les périmètres respectifs de chaque année, à champ non constant donc. Pour cela, il faut retirer de l'ONDAM 2007 (calculé à périmètre 2008) certaines dépenses qui n'étaient pas encore dans son champ, intégrées à l'ONDAM en 2008 ; ainsi par exemple les dépenses du Fonds d'actions conventionnelles (FAC). Une fois ces retraitements effectués, on obtient les dépenses 2007 dans le champ de l'ONDAM 2007.

3/ **Passage du champ ONDAM au champ des seules prestations.** Le champ de l'ONDAM contient des dépenses qui ne sont pas des prestations légales (ou qui sont traitées distinctement au plan comptable) et qu'il faut donc exclure : dépenses de soins des français à l'étranger, dépenses relatives à Saint Pierre & Miquelon et Mayotte, aides à la télétransmission, dotations à des fonds (FMESPP, FIQCS se substituant au FAQSV et à la dotation réseaux), remboursements de ticket modérateur au titre des ALD 31 et 32 (jusqu'en 2009) et prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé. À ces exclusions, s'ajoute en 2008, celle du FAC (Fonds d'actions conventionnelles).

4/ **Passage au champ plus large des prestations en incluant les dépenses financées par l'apport propre de la CNSA.** Il convient d'ajouter pour chaque année l'apport de la CNSA pour avoir le montant total des prestations médico-sociales versées par l'assurance maladie. Cet apport ayant fortement augmenté en 2008, le taux d'évolution des dépenses passe à 3,8% à l'issue de cette étape.

5/ **Réintroduction d'une approche comptable sur les dépenses 2007.** Afin de revenir aux chiffres des comptes clos du régime général 2007, il est nécessaire de prendre en compte l'écart entre ce qui a été réellement payé en 2008 au titre de 2007 et ce qui avait été provisionné dans les comptes de 2007. En l'occurrence les provisions enregistrées dans les comptes clos 2007 ont été plus importantes que les dépenses constatées en 2008 au titre de 2007 puisque l'écart (tous régimes) est de 163 M€. À partir de cette étape du raisonnement (lignes 5 à 7 du tableau), les taux d'évolution 2008/2007 minorent facialement la progression des dépenses, puisque sont réintégrés au dénominateur (2007) des montants de provisions trop importants¹.

¹ Néanmoins, l'évolution de ce taux 2008/2007 au fil des différentes étapes suivantes du raisonnement permet d'observer que la dynamique des dépenses varie sensiblement selon le périmètre considéré.

6/ **Passage des prestations tous régimes aux prestations du régime général.** On retient les seules prestations du compte de la CNAM qui évoluent à un rythme plus rapide que celles de l'ensemble des régimes (écart de 0,17 point ici) sous l'effet d'une population couverte par le Régime Général augmentant plus vite que celle des autres régimes¹.

7/ **Passage des prestations tous risques aux seules prestations maladie-maternité.** L'ONDAM couvrant plusieurs risques, il convient de retirer les prestations relevant du risque « accidents du travail – maladies professionnelles ». En 2007, certaines dépenses, décomptées à tort en risque « maladie », avaient été requalifiées en risque « AT/MP » et ce, au titre de deux exercices (2006 et 2007). Ce phénomène avait donc modéré le montant des prestations « maladie » de la CNAM. En 2008, la requalification ne portant plus que sur l'exercice en cours, le taux d'évolution des prestations maladie accélère mécaniquement (écart de 0,15 point par rapport au taux d'évolution avant exclusion des dépenses AT/MP).

8/ **Passage à l'agrégat comptable pour le Régime Général.** L'agrégat comptable « prestations + dotations aux provisions sur prestations – reprises sur provisions » peut permettre d'approcher le montant des prestations versées au titre des soins de l'année, à condition que le montant des reprises sur provisions soit très proche de celui des prestations versées au titre des soins de l'année précédente. Or, ceci n'est pas le cas en 2008 : les reprises sur provisions du Régime Général sont supérieures aux prestations versées en 2008 au titre de 2007². Cet agrégat est donc minoré en 2008 et l'évolution par rapport à 2007 est donc faible par rapport à la réalité économique de l'évolution des dépenses.

Au total, l'évolution économique des dépenses de prestations maladie-maternité du régime général entre 2007 et 2008 a été supérieure à 4% (les taux des lignes 5 à 7 du tableau ci-dessous étant facialement minorés, comme expliqué au point 5), alors que l'ONDAM a progressé de 3,4 %. Cet écart entre les deux taux d'évolution s'explique principalement par le faible dynamisme des postes de l'ONDAM autres que les prestations en 2008 (en particulier la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux, voir fiche 10-2), par l'importante progression des prestations médico-sociales en sus de l'ONDAM et par l'alourdissement tendanciel du poids du régime général. Cette évolution économique ne se reflète pas dans l'évolution 2008/2007 de l'agrégat comptable « dotations + provisions - reprises » du fait des importants écarts entre provisions comptabilisées en 2007 et dépenses effectives enregistrées en 2008 au titre de 2007. Toutes choses égales par ailleurs, cet agrégat comptable connaîtra donc mécaniquement un rebond important entre 2008 et 2009, ne reflétant pas la réalité économique de la progression des dépenses.

Tableau de passage ONDAM-prestations pour 2007 et 2008

Périmètre	En milliards d'euros		
	2007	2008	taux d'évolution
1/ ONDAM (périmètre constant de 2008)	147,8	152,9	3,44%
2/ ONDAM (périmètre non constant)	147,6	152,9	3,57%
3/ Passage au champ des prestations (hors part CNSA)	144,3	149,5	3,62%
4/ Prise en compte des dépenses CNSA	144,9	150,4	3,79%
5/ Prestations tous régimes hors corrections de provisions 2007	145,1	150,4	3,67%
6/ Prestations du Régime Général hors corrections de provisions 2007	123,1	127,8	3,84%
7/ Prestations RG pour les risques maladie-maternité hors corrections de provisions 2007	119,7	124,5	3,99%
8/Agrégat comptable RG "Maladie-maternité": prestations + dotations - reprises	119,7	124,1	3,65%

Source: Direction de la Sécurité Sociale (6A)

¹ Ce phénomène démographique est constaté chaque année et est accentué en 2008 par l'affiliation de la population antérieurement couverte par le régime « maladie-maternité » de la Banque de France.

² La quasi-totalité de cet écart est dû aux dépenses provisoirement dotées au titre de l'activité des établissements de santé en 2007 et qui n'ont pas été constatées.

En 2008, le résultat s'améliore de près de 700 M€ pour s'établir à +241 M€

Cette franche amélioration du solde est le fruit d'un recul des charges nettes (-1,4 %, soit -150 M€, après la forte hausse de +9,8 % en 2007) et de recettes dynamiques (+5,3 % en 2008), qui conjointement, ont rendu possible, pour la première fois depuis 2001, un solde excédentaire.

La contraction des charges résulte en premier lieu de l'atténuation des facteurs exceptionnels de charge constatés en 2007. Ainsi, la provision au titre du déficit du FCAATA¹ représente 23 M€ en 2008 contre 150 M€ inscrits en 2007. De même, la compensation AT des Mines nette n'intègre plus une régularisation de 38 M€ et baisse au total de 121 M€ (soit -22 % sur 2008). Au total, ces charges contribuent pour près de 250 M€ à la baisse des charges en 2008.

En second lieu, elle s'explique par un recul marqué des dépenses en établissements sanitaires qui, y compris les dotations nettes des reprises, chutent de près d'un tiers en 2008, ce qui représente une diminution de charge de 190 M€. Depuis 2007, un redressement² vise à corriger la sous-déclaration dans certains hôpitaux en majorant le taux des dépenses hospitalières affectées à la branche AT et en minorant à due concurrence les charges correspondantes de la branche maladie. L'application en 2008 de ce redressement a conduit, d'une part, à une moindre réévaluation des prestations en établissements au titre de 2008 (toutes choses égales par ailleurs, leur niveau est inférieur de 47 M€ à ce qu'il aurait été en utilisant le taux de 2007) et d'autre part, s'est traduit par une régularisation de -50 M€ au titre de 2007.

Enfin, la progression des autres charges a été plus contenue en 2008 qu'en 2007. Les soins de ville hors IJ, y compris les dotations nettes des reprises, n'ont augmenté que de 0,3 %. De même, les prestations d'incapacité permanente (voir fiche 9-4) poursuivent leur ralentissement (+1,9 % en 2008 après +2,9 % en 2007) et la croissance des IJ AT, qui représentent 22% des charges nettes de la branche, s'infléchit même si elle reste forte (+5,6 % contre +7,3 % en 2007). Les dotations aux fonds amiante ont crû de +4,5 % contre 9,8 % en 2007.

Une masse salariale encore dynamique (+3,6 %) et la suppression des exonérations ciblées ont porté la hausse des produits nets qui ont progressé de 5,3 % en 2008

Cette suppression des exonérations a eu pour effet d'augmenter mécaniquement les cotisations de la branche. Si la suppression des exonérations ciblées compensées se traduit

¹ À compter de 2007, les créances de la CNAM AT/MP sur le FCAATA, consécutives de la solidarité de trésorerie entre la Caisse et le Fonds, sont intégralement provisionnées.

² Certains hôpitaux publics ne déclarent en effet aucune prise en charge au titre du risque accident du travail. La CNAM procède désormais dans ce cas à une correction visant à porter le taux d'accidents du travail parmi les soins prodigués au niveau de la moyenne nationale constatée sur les autres établissements.

Le redressement modifie le taux utilisé pour la répartition des dépenses hospitalières entre les branches maladie et AT/MP. Le mécanisme de répartition porte sur deux années avec un montant provisoire qui est corrigé l'année suivante lorsque le taux définitif est connu. En 2007, le redressement avait majoré les charges hospitalières de la branche AT de 200 M€ (100 M€ au titre de 2007 et 100 M€ portant régularisation au titre de 2006). L'impact de la forte baisse de la proportion de séjours attribués par les hôpitaux à la branche AT est double : les dépenses attribuées à la branche avant redressement diminuent et les hôpitaux qui ne déclarent aucune charge se voient attribuer une moyenne en diminution, ce qui rend le redressement de moins en moins lourd. Ainsi, le taux après redressement de 2008 est inférieur à celui de 2007, ce qui conduit à une régularisation négative au titre de 2007 et à une moindre majoration des charges au titre de 2008.

par une diminution équivalente des prises en charges de cotisations par l'État, celle sur les exonérations non compensées se traduit par une hausse des produits. On estime ce montant à 130 M€¹ pour 2008. Par ailleurs, les recours contre tiers, en forte hausse de +9 %, ont contribué au dynamisme des produits.

Enfin, une régularisation de 45 M€² minore en 2008 les cotisations prises en charge par l'État et atténue la croissance des recettes.

En 2009, le résultat redeviendrait déficitaire

Les charges nettes redeviendraient dynamiques en 2009 avec une hausse de 5,3 % et les recettes marqueraient un recul de 0,3 % ; en conséquence, le solde, se dégraderait de 585 M€ et serait déficitaire de 345 M€.

La hausse des charges est largement imputable à l'augmentation de 300 M€ du transfert à la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles³ et dans une moindre mesure, de l'augmentation de 30 M€ de la dotation de la branche au FCAATA.

Les prestations légales qui, y compris les dotations nettes des reprises, progresseraient de +3,2 % par rapport à 2008, participeraient également à la hausse des charges. Les évolutions seraient toutefois contrastées. Les IJ AT, en hausse de 4,4 %, ralentiraient par rapport à 2008 et la croissance des rentes d'incapacité permanentes serait modérée (+1,5 %), notablement en raison d'une revalorisation de +1,3 %. Le FCAATA, dont le solde 2009 est prévu proche de l'équilibre ne nécessiterait plus l'enregistrement d'une provision. À l'opposé, la prévision fait l'hypothèse de dépenses en établissements dynamiques du fait du contrecoup des régularisations passées en 2008.

Sous l'effet du recul de la masse salariale, la croissance des produits nets serait nulle en 2009

Les recettes de la branche seraient significativement dégradées du fait d'un contexte économique très défavorable. L'impact négatif du recul de la masse salariale de -1,25 % serait toutefois atténué par un ralentissement des exonérations générales. Au total, l'agrégat composé des cotisations et des compensations d'exonération par dotation budgétaire et affectation de recettes fiscales (97 % des recettes) connaîtrait une évolution nulle en 2009.

¹ En LFSS pour 2009, il était prévu pour 2008 180 M€ de cotisations supplémentaires. Cette estimation doit être diminuée car la croissance de la masse salariale a été, entre temps, revue à la baisse et la suppression n'a porté que sur les nouveaux contrats.

² Cette régularisation porte sur la mesure emploi « avantage en nature hôtel café restaurant bar ».

³ La sous-déclaration des accidents du travail, et surtout, des maladies professionnelles se traduit par une charge indue pesant sur la branche assurance maladie, maternité, invalidité et décès. Une commission se réunit tous les trois ans pour évaluer cette sous-déclaration. Le montant du transfert est fixé chaque année en LFSS. Cette sous-déclaration est à distinguer de celle évoquée précédemment dans les établissements, qui s'attache à corriger la sous-imputation à la branche AT des soins en lien avec des accidents du travail ou des maladies professionnelles déjà **déclarés et reconnus**.

Les comptes de la CNAM AT/MP

En millions d'euros							
CNAM-A - AT	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CHARGES	10 262,5	11 435,9	11,4	11 068,5	-3,2	11 632,6	5,1
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	9 464,5	10 383,0	9,7	10 261,1	-1,2	10 798,7	5,2
I - PRESTATIONS SOCIALES	6 938,5	7 431,7	7,1	7 473,1	0,6	7 693,2	2,9
Prestations légales	6 744,0	7 244,0	7,4	7 260,8	0,2	7 494,1	3,2
Prestations légales « AT-MP »	6 744,0	7 244,0	7,4	7 260,8	0,2	7 494,1	3,2
Prestations d'incapacité temporaire	2 969,7	3 362,2	13,2	3 303,4	-1,7	3 478,5	5,3
Prestations exécutées en ville	2 499,6	2 675,2	7,0	2 808,1	5,0	2 927,8	4,3
Prestations en nature	498,1	528,1	6,0	538,6	2,0	558,5	3,7
Indemnités journalières	2 001,6	2 147,1	7,3	2 267,8	5,6	2 367,6	4,4
Prestations exécutées en établissements	470,1	687,0	46,1	495,3	-27,9	550,7	11,2
Prestations d'incapacité permanente	3 774,3	3 881,8	2,9	3 957,4	1,9	4 015,6	1,5
Indemnités en capital	128,9	145,4	12,8	137,9	-5,2	143,1	3,8
Rentes	3 645,3	3 736,5	2,5	3 819,5	2,2	3 872,5	1,4
Prestations extralégales	4,8	4,9	1,5	3,8	-21,3	3,9	1,9
Autres prestations	189,7	182,8	-3,6	208,5	14,0	195,2	-6,4
II - CHARGES TECHNIQUES	2 012,3	2 285,8	13,6	2 222,7	-2,8	2 565,6	15,4
Transferts entre organismes	994,2	1 165,2	17,2	1 049,4	-9,9	1 362,3	29,8
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	567,0	658,5	16,1	551,7	-16,2	563,7	2,2
Compensation AT des Mines	460,3	545,2	18,4	436,1	-20,0	449,3	3,0
Compensation AT des Salariés agricoles	106,6	113,3	6,2	115,6	2,0	114,5	-1,0
Prises en charge de prestations par la CNSA	52,0	52,6	1,2	49,0	-6,8	53,8	9,7
Reversement au FCAT par la CNAMTS	45,2	44,0	-2,8	38,3	-12,8	34,5	-10,0
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS	330,0	410,0	24,2	410,0	0,0	710,0	73,2
Participation au financement des fonds et organismes	1 018,1	1 120,6	10,1	1 173,3	4,7	1 203,3	2,6
FCAATA	700,0	800,0	14,3	850,0	6,3	880,0	3,5
FIVA	315,0	315,0	0,0	315,0	0,0	315,0	0,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	201,6	170,2	-15,5	189,4	11,2	185,0	-2,3
Pertes sur créances irrécouvrables	106,0	104,8	-1,2	162,7	55,3	181,5	11,6
- sur cotisations, impôts et produits affectés	94,1	91,0	-3,3	152,2	67,3	171,0	12,3
- sur prestations	11,9	13,8	15,4	10,4	-24,1	10,4	0,0
Autres charges techniques	95,6	65,5	-31,5	26,7	-59,2	3,5	-86,9
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	305,1	472,6	54,9	357,5	-24,3	347,0	-3,0
- pour prestations sociales	286,2	306,5	7,1	318,2	3,8	330,9	4,0
- Pour prestations légales	286,2	306,5	7,1	318,2	3,8	330,9	4,0
- pour dépréciation des actifs circulants	18,8	15,6	-17,3	6,7	-56,9	6,7	0,0
- pour autres charges techniques	0,0	150,5	-	32,6	-78,4	9,4	-71,2
V - CHARGES FINANCIÈRES	7,0	22,7	++	18,3	-19,1	8,0	-56,4
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	795,7	807,0	1,4	805,5	-0,2	831,9	3,3
Rémunérations et charges de personnel	568,9	573,1	0,7	569,1	-0,7	584,5	2,7
Transferts FNGA	39,0	39,7	1,8	38,7	-2,5	44,4	14,7
Autres charges de gestion courante	187,7	194,2	3,4	197,7	1,8	203,0	2,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	2,4	245,9	++	1,9	-99,2	1,9	0,0
PRODUITS	10 203,8	10 980,9	7,6	11 309,0	3,0	11 287,9	-0,2
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	10 181,3	10 712,9	5,2	11 286,7	5,4	11 265,6	-0,2
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	9 401,5	9 903,1	5,3	10 426,9	5,3	10 424,3	0,0
Cotisations sociales	7 518,6	7 781,5	3,5	8 358,9	7,4	8 360,9	0,0
Cotisations sociales des actifs	7 489,7	7 752,9	3,5	8 338,9	7,6	8 340,2	0,0
Autres cotisations sociales	3,3	3,5	7,8	3,5	0,0	3,8	7,0
Majorations et pénalités	25,6	25,0	-2,3	16,5	-34,0	16,9	2,5
Cotisations prises en charge par l'État	258,7	287,9	11,3	40,3	-86,0	46,6	15,7
CSG, impôts et taxes affectés	1 620,0	1 828,6	12,9	2 022,6	10,6	2 011,8	-0,5
Impôts et taxes affectées (ITAF)	1 620,0	1 828,6	12,9	2 022,6	10,6	2 011,8	-0,5
ITAF compensant des exonérations	1 618,0	1 821,2	12,6	2 022,0	11,0	2 012,5	-0,5
ITAF compensant les allègements généraux	1 618,0	1 805,7	11,6	1 947,4	7,9	1 938,5	-0,5
ITAF compensant les heures supplémentaires et rachats de RTT	0,0	15,5	-	74,5	++	74,0	-0,7
II - PRODUITS TECHNIQUES	54,9	57,5	4,6	64,8	12,8	59,8	-7,7
Transferts entre organismes	54,9	57,5	4,6	64,8	12,7	59,8	-7,7
Transferts d'équilibrage	0,1	0,0	--	11,6	-	0,0	--
Compensation AT des Mines	0,0	0,0	-	11,6	-	0,0	--
Prestations prises en charge par la CNSA	54,0	55,6	3,0	51,9	-6,6	58,6	12,8
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	433,8	460,1	6,0	465,8	1,3	442,6	-5,0
Recours contre tiers	330,6	380,5	15,1	416,4	9,4	416,4	0,0
Autres produits techniques	103,2	79,6	-22,9	49,4	-37,9	26,2	-47,0
IV. REPRISSES SUR PROVISIONS	288,7	291,7	1,1	328,5	12,6	338,8	3,1
- pour prestations sociales	281,5	287,7	2,2	307,4	6,9	317,6	3,3
- pour dépréciation des actifs circulants	6,3	3,6	-44,0	20,6	++	20,7	0,5
- pour autres charges techniques	0,8	0,5	-36,3	0,5	1,7	0,5	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	2,3	0,6	-75,5	0,7	22,2	0,0	-97,5
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	13,6	16,3	19,9	16,3	0,5	16,3	0,0
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	9,0	251,7	++	5,9	-97,6	5,9	0,0
Résultat net	-58,7	-455,0	++	240,6	--	-344,7	--

CNAM-A - AT	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Charges nettes	9 726,6	10 682,0	9,8	10 529,4	-1,4	11 083,0	5,3
Produits nets	9 667,9	10 227,0	5,8	10 769,9	5,3	10 738,3	-0,3
Résultat	-58,7	-455,0	++	240,6	--	-344,7	--

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

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 les écritures symétriques en lien avec :

- les transferts avec la CNSA de la participation de la CNAM AT-MP au financement de la CNSA (depuis 2006) ;
- l'insuffisance de financement du FCAATA (depuis 2006) ;
- l'apurement de la dette de l'Etat en 2007.

Les écarts à la LFSS pour 2009

Le résultat de 2008 est dégradé de 108 M€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2009.

Cet écart résulte pour l'essentiel de recettes de cotisations moins dynamiques que prévu. Les cotisations (y compris les exonérations compensées) ont progressé de 5,4 % alors qu'une croissance de +6,7 % était attendue. Ce ralentissement est d'abord celui de l'assiette des cotisations, la révision à la baisse de la croissance de la masse salariale du secteur privé expliquant une perte de recette d'environ 60 M€. Une régularisation de 45 M€ portant sur les cotisations prises en charge par l'État et une sous estimation de 53 M€ des admissions en non valeur ont contribué à l'écart de 200 M€ observé sur les recettes sur revenus d'activité.

L'impact sur le solde de la diminution des recettes a cependant été atténué par des dépenses en deçà de la prévision. En particulier, le poids de la branche AT/MP dans les dépenses hospitalières s'est révélé inférieur aux prévisions (voir supra).

Pour 2009, le déficit serait supérieur de 220 M€ à la prévision LFSS.

Pour 2009, la dégradation de l'environnement économique explique également l'alourdissement du déficit de la branche AT/MP. La prévision des dépenses est revue à la baisse et vient amoindrir l'effet de l'érosion des recettes. L'écart sur les charges porte, pour l'essentiel, sur les dépenses en établissements (la réalisation de 2008 se retrouvant en base) et sur les rentes d'incapacité permanente du fait de la révision à la baisse des hypothèses d'inflation. Enfin, le FCAATA est prévu à l'équilibre en 2009 (voir fiche 9-4) et non plus en déficit de 38 M€.

Les écarts à la LFSS (en millions d'euros)

	2008	2009
Solde LFSS	349	-125
Prestations (nettes)	90	180
Gestion administrative	10	20
Recettes sur revenus d'activité	-200	-460
Recettes fiscales hors CSG	30	10
Compensation et transferts d'équilibrage	-50	10
Charges financières	-10	-20
Autres (dont FCAATA)	20	40
Solde technique	241	-345
<i>Ecart au solde précédent</i>	<i>-108</i>	<i>-220</i>

En 2008, le déficit de la CNAV s'est fortement creusé pour atteindre 5,6 Md€

Globalement, **les charges nettes** ont progressé de 5,2 % par rapport à l'exercice 2007.

Les charges de prestations légales ont augmenté de 5,6 %, les pensions de droits propres et de droits dérivés respectivement de 6,0 % et de 3,5 %. L'évolution dynamique des droits propres, bien que moins élevée qu'en 2007 (+6,0 % contre +6,5 % en 2007), tient au rythme de progression soutenu des départs à la retraite des générations du « baby boom » et à la mesure de retraite anticipée (voir fiches 11-1, 11-2 et 12-2). Elle est toutefois atténuée par la moindre revalorisation des pensions (1,4% en moyenne annuelle contre 1,8 % en 2007¹). Hormis cet effet, les droits propres ont progressé en 2008 au même rythme qu'au cours de l'exercice précédent (+4,6 %) ; les droits dérivés ont progressé de 2,1 % (contre +2,5 % en 2007).

Les charges nettes de compensation ont augmenté de 2,5 % en 2008, après 3,0 % en 2007². Les charges au titre des transferts d'équilibre ont progressé pour s'établir à 0,5 Md€ (contre 0,4 Md€ en 2007) compte tenu principalement de la détérioration en 2008 du solde technique du régime des salariés agricoles qui est financièrement intégré au régime général. Les charges financières ont augmenté de 160 M€ s'établissant à près de 650 M€ du fait de l'accroissement du déficit propre de la CNAV.

Les produits nets ont progressé de 4,2 %. L'agrégat constitué des cotisations sociales des actifs, des prises en charge de cotisations par l'État et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales a augmenté de 4,1 % (contre +5,3 % en 2007). Cette moindre progression s'explique notamment par une croissance de la masse salariale moins dynamique qu'en 2007 (+3,6 % contre +4,8 % en 2007).

Le transfert en provenance de la CNAF au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) a augmenté de 7,0 % par rapport à l'exercice précédent (+0,9 % en neutralisant la régularisation au profit de la CNAF effectuée en 2007³). Le transfert du FSV au titre du chômage s'est stabilisé autour de 7,1 Md€ en 2008 (+0,1 % par rapport à l'exercice précédent) compte tenu d'une baisse du nombre moyen de chômeurs sur l'année 2008 combinée à une revalorisation de la cotisation de référence de 3,1 % en 2008 (voir fiche 14-1).

La CNAV bénéficie depuis 2008 de deux nouvelles recettes d'un montant total de 320 M€ en 2008. D'une part, la contribution sur les préretraites d'entreprise, jusqu'alors affectée au FSV, va désormais à la CNAV (le rendement de cette mesure s'est élevé à environ 110 M€ en 2008). D'autre part, une contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite a été créée, dont le produit est affecté à la CNAV (pour un montant de 210 M€).

¹ Les pensions ont été réévaluées de 1,1% au 1^{er} janvier 2008. Par ailleurs, une revalorisation exceptionnelle de 0,8 % est intervenue au 1^{er} septembre 2008 portant la revalorisation des pensions en 2008 à +1,4 % en moyenne annuelle (voir fiches 11-1 et 11-2).

² Les charges de compensation du régime général sont marquées par deux phénomènes aux effets opposés : d'une part, la convergence des ratios démographiques des régimes réduit les charges de compensation entre le bloc salariés et les régimes des non-salariés et, d'autre part, le fait que le régime général ait la masse salariale la plus dynamique des régimes salariés accroît sa charge de compensation interne aux régimes de salariés. Jusqu'en 2006, le premier effet a été prépondérant. En 2007, les deux effets se compensent ; en 2008, le second est prépondérant même si la prévision qui avait servi de base aux acomptes tablait sur une hausse plus rapide. Cet écart entre les deux prévisions explique une forte régularisation en produits en 2009 au titre de 2008.

³ Le montant de cette régularisation en 2007 s'est élevée à 250 M€ (voir fiche 14-4 de rapport de septembre 2008).

Les reprises sur provisions pour prestations sociales sont fortement majorées en 2008 (280 M€ contre 190 M€ en 2007) par un changement de méthode de détermination des provisions pour rappels de prestations légales¹.

Le déficit se creuserait de 2,0 Md€ en 2009 pour s'établir à 7,7 Md€

Les charges nettes augmenteraient de 4,0 % en 2009. La croissance en volume des prestations légales est estimée à 3,7 %² (contre +4,6 % en 2008). Ce ralentissement est à rapprocher principalement de l'impact de l'augmentation de la durée requise pour bénéficier du dispositif de retraite anticipée (voir fiche 11-1 et 11-2).

Les charges nettes de compensation à la charge de la CNAV diminueraient de 5,4 % en 2009 (voir *supra*). Les charges financières se réduiraient nettement (80 M€ contre 650 M€ en 2008), grâce à la reprise réalisée début 2009 des déficits cumulés de la CNAV et du FSV par la CADES.

Les prévisions retiennent une progression **des produits** nets de 2,0 % en 2009. L'agrégat « cotisations » évoqué précédemment serait stable en 2009 (alors qu'il a augmenté de 4,1 % en 2008) du fait de la baisse prévue de la masse salariale en 2009 (-1,25 % par rapport à l'exercice précédent). Cette stagnation des cotisations serait partiellement compensée par la forte hausse du transfert du FSV au titre du chômage qui progresserait de 17,0 % (soit +1,2 Md€ par rapport à l'exercice précédent) du fait de la forte hausse prévue du chômage. Ce transfert joue un rôle d'amortisseur sur les produits de la CNAV en cas de dégradation de la situation de l'emploi.

Le transfert en provenance de la CNAF au titre de l'AVPF progresserait de 2,9 %.

La CNAV bénéficie par ailleurs d'une augmentation de ses recettes fiscales en 2009. D'une part, la fraction du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital qui lui est allouée passe de 15 % à 30 %³ entraînant un surcroît de recettes estimé à 0,4 Md€. D'autre part, le taux de la contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite est porté à 50 % en 2009 (contre 25 % en 2008).

Les écarts à la prévision de la LFSS 2009

Malgré la dégradation du contexte économique, **le solde de l'exercice 2008**, qui s'est élevé à -5,6 Md€, est moins dégradé de 130 M€ que la prévision de la LFSS 2009.

Les recettes assises sur les revenus d'activité sont inférieures de près de 330 M€ à la prévision LFSS. Cet écart s'explique essentiellement par la dégradation, plus forte qu'anticipé, de la conjoncture économique⁴. Par ailleurs, les recettes fiscales sont inférieures de 90 M€ à la prévision compte tenu notamment du faible dynamisme du panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux. À l'inverse, les prises en charge de cotisations du FSV au titre du chômage sont révisées à la hausse de 60 M€ compte tenu de la dégradation du marché de l'emploi.

Les prestations sont inférieures de 310 M€⁵ à la prévision dont 100 M€ du fait du changement de méthodologie comptable des écritures de provisions.

¹ Cette modification consiste en une mise à jour de la clé de répartition par exercice d'origine des masses de rappels et impacte sensiblement les dotations et reprises pour prestations en 2008. L'effet de cette opération comptable sur le solde de la CNAV s'est élevé à 100 M€ en 2008 et ne se renouvelle pas en 2009.

² La revalorisation des pensions en 2009 s'élèverait à +1,3 % en moyenne annuelle (voir fiches 11-1 et 11-2).

³ Conformément aux mesures prévues par la LFSS pour 2009, la clé de répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital est modifiée à compter de 2009 : 15 point du prélèvement social sont réalloués du FSV à la CNAV (voir fiche 15-1).

⁴ La masse salariale du secteur privé a augmenté de 3,65 % en 2008 alors que la prévision retenue en LFSS s'élevait à +4,25 %.

⁵ Il s'agit des charges nettes supportées par la CNAV constituées des prestations légales + dotations aux provisions - reprises pour prestations - prises en charge de prestations par le FSV.

Les charges de compensation nettes ont été inférieures de 30 M€; les charges supportées par la CNAV au titre de la prise en charge du déficit du régime des salariés agricoles sont révisées à la hausse de 120 M€. Par ailleurs, les charges financières sont moins élevées de 80 M€. Les transferts de cotisations avec les régimes spéciaux ont été inférieurs de 130 M€. Les autres postes de charges et de produits sont moins élevés de 70 M€.

La nouvelle prévision pour l'exercice 2009 est plus dégradée de 2,4 Md€ que la prévision de la LFSS 2009.

L'actualisation des produits porte essentiellement sur les recettes assises sur les revenus d'activité dont l'estimation est corrigée à la baisse d'environ 2,4 Md€ en raison principalement de la révision de l'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé pour 2009 : -1,25 % alors que la prévision retenue en LFSS s'élevait à +2,75 %. Par ailleurs, les recettes fiscales sont inférieures de 240 M€. Les prises en charge de cotisations du FSV au titre du chômage sont révisées à la hausse de près de 1 Md€ compte tenu de la dégradation, plus forte qu'anticipée, de la situation du marché de l'emploi.

L'augmentation au 1^{er} janvier 2009 du taux de cotisations vieillesse (prévue dans le cadre du PLFSS pour 2009), qui devait être compensée en termes de coût du travail par une baisse à due concurrence des cotisations chômage, n'a pas été mise en œuvre. Le gain de cette opération retenue en LFSS était estimé pour la CNAV à environ 1,8 Md€¹; la nouvelle prévision pour 2009 s'en trouve réduite d'autant.

Les prestations sont revues à la baisse de près de 1 Md€ dont 770 M€ du fait de la révision à la baisse de l'inflation, qui entraîne une moindre revalorisation des pensions (+1,2 % en moyenne annuelle contre +2,2 % en LFSS). Les transferts de compensation et d'équilibrage sont révisés à la hausse de 110 M€. Par ailleurs, les charges financières sont moins élevées de 270 M€ du fait de la révision à la baisse des taux d'intérêt.

Comparaison avec la prévision retenue en LFSS 2009

	En M€	
	2008	2009
Solde LFSS	-5770	-5290
Prestations nettes	310	970
<i>dont effet modification comptable</i>	100	--
<i>dont révision de l'hypothèse de revalorisation des pensions</i>	--	770
Prestations extralégales	-50	-70
Gestion administrative	40	30
Recettes sur revenus d'activité	-330	-2420
Recettes fiscales	-90	-240
<i>dont panier "Fillon"</i>	-60	-140
<i>dont part du 2% capital</i>	-30	-80
Prise en charge de cotisations chômage	60	990
Compensations nettes	30	-30
Transferts d'équilibrage	-120	-80
Swap de taux de cotisations UNEDIC	0	-1800
Charges financières	80	270
Transfert avec les régimes spéciaux	130	10
Autres	70	-30
Solde juin 2009	-5640	-7690
<i>Ecart à la prévision de la LFSS 2009</i>	130	-2400

¹ En incluant notamment les effets induits sur les transferts reçus par la CNAV en provenance de la CNAF et du FSV.

CNAV - Charges

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CHARGES	85 616,1	92 136,1	7,6	96 348,9	4,6	100 141,9	3,9
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	84 362,6	89 760,0	6,4	95 047,7	5,9	98 765,9	3,9
I - PRESTATIONS SOCIALES	77 824,0	82 583,7	6,1	87 248,9	5,6	91 481,8	4,9
Prestations légales	77 543,0	82 297,6	6,1	86 942,3	5,6	91 174,5	4,9
Prestations légales « vieillesse »	77 494,6	82 250,6	6,1	86 896,9	5,6	91 094,8	4,8
Prestations de base	76 090,9	80 806,1	6,2	85 420,2	5,7	89 594,5	4,9
Droits propres	67 911,8	72 306,1	6,5	76 660,2	6,0	80 543,9	5,1
Pension normale	52 299,8	56 119,4	7,3	59 886,1	6,7	63 280,9	5,7
Retraite anticipée (*)	1 799,0	2 128,6	18,3	2 413,0	13,4	2 273,7	-5,8
60 ans et plus	50 500,8	53 990,8	6,9	57 473,1	6,4	61 007,2	6,1
Pension inaptitude	6 329,2	6 476,3	2,3	6 566,9	1,4	6 710,9	2,2
Pension invalidité	4 743,1	5 003,1	5,5	5 249,0	4,9	5 519,3	5,1
Autres pensions	0,0	0,0	-	0,2	-	0,2	1,3
Minimum vieillesse	1 735,9	1 745,6	0,6	1 843,2	5,6	1 793,1	-2,7
Majorations	2 803,8	2 961,6	5,6	3 114,8	5,2	3 239,5	4,0
Droits dérivés	8 081,7	8 429,5	4,3	8 727,1	3,5	9 017,6	3,3
Avantages principaux	7 474,7	7 824,9	4,7	8 129,6	3,9	8 417,2	3,5
Minimum vieillesse	231,2	221,5	-4,2	222,7	0,6	216,7	-2,7
Majorations	375,8	383,2	2,0	374,8	-2,2	383,7	2,4
Divers	97,4	70,5	-27,7	32,9	-53,4	33,0	0,6
Prestations au titre d'un adossement	1 403,7	1 444,5	2,9	1 476,8	2,2	1 500,2	1,6
Prestations légales « veuvage »	48,4	44,1	-8,9	38,2	-13,3	72,5	89,6
Allocation de veuvage	48,4	44,1	-8,9	38,2	-13,3	72,5	89,6
Prestations légales « invalidité »	0,0	2,8	-	7,1	++	7,2	1,3
Prestations extralégales	281,0	286,1	1,8	306,7	7,2	307,3	0,2
II - CHARGES TECHNIQUES	5 585,6	5 737,2	2,7	5 943,2	3,6	5 990,7	0,8
Transferts entre organismes	5 546,1	5 697,0	2,7	5 902,4	3,6	5 949,3	0,8
Compensations	4 833,6	4 843,6	0,2	4 973,2	2,7	4 852,0	-2,4
Compensation généralisée	4 833,6	4 843,6	0,2	4 973,2	2,7	4 852,0	-2,4
Transferts d'équilibrage	352,5	370,1	5,0	506,6	36,9	675,4	33,3
Transferts divers entre régimes de base	360,0	483,3	34,3	422,6	-12,6	422,0	-0,2
Participation au financement des fonds et organismes	39,5	40,2	1,8	40,9	1,6	41,4	1,3
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	482,0	468,3	-2,9	697,7	49,0	697,9	0,0
Pertes sur créances irrécouvrables	480,4	466,7	-2,8	694,0	48,7	694,3	0,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	476,9	462,6	-3,0	688,9	48,9	688,9	0,0
- sur prestations	3,4	4,1	19,5	5,1	25,7	5,4	4,9
Autres charges techniques	1,6	1,6	-4,6	3,7	++	3,7	0,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	214,4	479,0	++	508,0	6,0	517,0	1,8
- pour prestations sociales	213,9	218,4	2,1	202,5	-7,3	212,0	4,7
- pour dépréciation des actifs circulants	0,5	0,0	-97,5	0,0	-90,6	0,0	0,0
- pour autres charges techniques	0,0	260,6	-	305,5	17,2	305,0	-0,2
V - CHARGES FINANCIÈRES	256,6	491,8	91,7	649,8	32,1	78,5	-87,9
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1 251,2	1 290,4	3,1	1 297,7	0,6	1 372,5	5,8
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	2,3	1 085,7	++	3,6	-99,7	3,6	0,0

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

Les données relatives à la retraite anticipée sont issues de reconstitutions statistiques.

Note : À compter de 2007, le régime général sert une allocation supplémentaire d'invalidité aux titulaires d'un avantage viager n'ayant pas l'âge requis pour bénéficier de l'ASPA (article L.815-24 du CSS).

CNAV – Produits

En millions d'euros							
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
PRODUITS	83 761,3	87 564,0	4,5	90 712,8	3,6	92 456,7	1,9
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	83 571,5	86 319,8	3,3	90 508,7	4,9	92 339,7	2,0
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	65 644,3	69 214,6	5,4	72 239,5	4,4	72 719,2	0,7
Cotisations sociales	58 390,6	60 628,5	3,8	61 203,6	0,9	61 441,2	0,4
Cotisations sociales des actifs	57 677,3	59 826,8	3,7	60 429,5	1,0	60 628,1	0,3
Cotisations sociales salariés	56 795,2	58 932,8	3,8	59 518,3	1,0	59 710,3	0,3
Cotisations sociales non-salariés	36,8	42,9	16,7	46,5	8,4	47,9	2,9
Cotisations au titre d'un adossement financier	845,3	851,1	0,7	864,8	1,6	870,0	0,6
Autres cotisations sociales	523,3	613,7	17,3	650,2	5,9	535,6	-17,6
Majorations et pénalités	190,0	188,1	-1,0	123,9	-34,1	127,0	2,5
Cotisations prises en charge par l'État	1 109,8	1 290,3	16,3	1 442,8	11,8	1 292,9	-10,4
CSG, impôts et taxes affectés	6 143,9	7 295,8	18,7	9 593,1	31,5	9 985,1	4,1
Impôts et taxes affectés (ITAF)	6 143,9	7 295,8	18,7	9 593,1	31,5	9 985,1	4,1
ITAF compensant des exonérations	5 779,2	6 860,8	18,7	8 868,1	29,3	8 817,4	-0,6
Autres ITAF	364,7	435,0	19,3	725,0	66,7	1 167,6	61,1
ITAF liés à la consommation	6,2	28,6	++	0,0	--	0,0	-
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	358,5	406,4	13,4	733,8	80,6	1 158,8	57,9
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite				321,2	-	446,2	38,9
Sur avantages de retraite				209,3	-	366,2	75,0
Sur avantages de préretraite				111,9	-	80,0	-28,5
Prélèvement social de 2%	358,5	406,4	13,4	412,6	1,5	712,5	72,7
II - PRODUITS TECHNIQUES	17 518,4	16 767,1	-4,3	17 404,5	3,8	18 965,2	9,0
Transferts entre organismes	17 506,2	16 754,4	-4,3	17 390,2	3,8	18 950,7	9,0
Compensations	129,7	0,0	--	6,4	-	154,5	++
Compensation généralisée	129,7	0,0	--	6,4	-	154,5	++
compensation généralisée : régularisation définitive	129,7	0,0	--	6,4	-	154,5	++
Prises en charge de cotisations	11 899,1	11 171,3	-6,1	11 463,1	2,6	12 792,1	11,6
Cotisations reçues de la CNAV au titre de l'AVPF	4 212,3	4 095,0	-2,8	4 382,6	7,0	4 510,8	2,9
Cotisations prises en charge par le FSV	7 686,6	7 075,9	-7,9	7 080,1	0,1	8 280,8	17,0
Prise en charge de prestations	4 871,6	5 030,8	3,3	5 265,6	4,7	5 340,6	1,4
Prestations prises en charge par le FSV	4 871,6	5 030,8	3,3	5 265,6	4,7	5 340,6	1,4
Au titre du minimum vieillesse	1 895,1	1 900,2	0,3	1 993,3	4,9	1 939,2	-2,7
Au titre des majorations de pensions	2 976,5	3 130,6	5,2	3 272,3	4,5	3 401,4	3,9
Transferts divers entre régimes de base	605,8	552,3	-8,8	655,2	18,6	663,6	1,3
Contributions publiques	12,2	12,7	4,4	14,3	12,5	14,5	1,3
Remboursement de prestations	12,2	12,7	4,4	14,3	12,5	14,5	1,3
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	106,5	108,1	1,5	104,1	-3,7	102,0	-2,0
Recours contre tiers	0,8	0,5	-31,4	1,0	88,7	1,0	0,0
Récupérations sur successions	73,3	71,0	-3,1	74,3	4,6	72,9	-1,9
Autres produits techniques	32,4	36,5	12,7	28,8	-21,1	28,1	-2,3
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	298,5	227,4	-23,8	756,7	++	549,5	-27,4
- pour prestations sociales	190,4	192,7	1,2	276,5	43,5	209,0	-24,4
- pour dépréciation des actifs circulants	108,1	34,7	-67,9	201,3	++	35,0	-82,6
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	278,8	-	305,5	9,5
V - PRODUITS FINANCIERS	3,8	2,7	-29,2	3,9	42,5	3,9	0,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	97,2	93,7	-3,6	94,0	0,3	107,8	14,7
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	92,6	1 150,5	++	110,1	-90,4	9,1	-91,7
Résultat net	-1 854,8	-4 572,1	++	-5 636,1	23,3	-7 685,3	36,4

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

En millions d'euros							
	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Charges nettes	84 948,4	90 396,1	6,4	95 104,7	5,2	98 938,6	4,0
Produits nets	83 093,5	85 824,0	3,3	89 468,6	4,2	91 253,3	2,0
Résultat net	-1 854,8	-4 572,1		-5 636,1		-7 685,3	

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

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.

En 2007, les écritures symétriques en charges et produits exceptionnels liées à l'opération d'apurement de la dette de l'État envers le régime général sont neutralisées.

La branche famille enregistre en 2008 un déficit de 342 millions d'euros

Les charges nettes (+5,0 %) de la branche famille ont été marquées par une forte augmentation des dotations aux provisions

En 2008, suite à la remarque de la Cour des comptes demandant une révision des modalités de calcul des dotations pour provisions sur indus et rappels, celles-ci ont augmenté de 538 M€ par rapport à 2007. Cette écriture explique un point de croissance des charges nettes en 2008.

Les prestations légales ont progressé de 3,5 %, soit un rythme plus rapide qu'en 2007 (+3,0 %). Cette accélération provient principalement de la croissance des prestations spécifiques à la petite enfance (+6,0 % contre +4,6 % en 2007)¹, tirées notamment par une augmentation de 2,1 % des naissances (834 000 naissances, soit le chiffre le plus élevé depuis 1981), du report de la révision des ressources des allocataires du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009² et d'un recours accru au complément pour mode garde (voir fiche 13-2).

Les aides au logement augmentent fortement en 2008 (+7,6 % contre 1,6 % en 2007) en raison, notamment, du report de la révision des ressources des allocataires.

Les prestations liées au handicap (allocation aux adultes handicapés et allocation d'éducation de l'enfant handicapé) sont restées dynamiques en 2008 (+5,2 %). Ceci est dû au changement de méthode dans la comptabilisation des charges à payer au titre de l'AAH. Si, à ce titre, l'augmentation de cette prestation avait été de 140 M€ en 2007, le surcout a été de 230 M€ en 2008 (l'opération se retrouvant aussi en produits, elle est neutre sur le solde). Hors changement de méthode, les prestations d'AAH auraient progressé de 3,3 % en 2008.

Les dépenses d'action sociale (hors plan crèches), conservent un rythme soutenu de 4,0 % en 2008 (+4,7 % en 2007). Cette progression s'explique notamment par la croissance des prestations de service ordinaire qui ont été étendues aux départements d'outre-mer depuis 2007.

Les charges de la branche famille au titre de sa **participation au financement du FNAL** (pour le financement de l'APL et de l'ALT) connaissent un rythme heurté (+9,2 % en 2008, après -5,4 % en 2007). Cette augmentation s'explique par des écritures successives de régularisations sur exercices antérieurs, qui font suite à diverses ré-estimations de la clé de la part de l'APL financé par la CNAF.

Par ailleurs, **le transfert vers la CNAV au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)** augmente en 2008 de +7,0 % en raison du contrecoup d'une régularisation de 250 M€ en faveur de la CNAF en 2007. Hors régularisations, la croissance du transfert au titre de l'AVPF aurait été modérée (+0,9 %).

Les produits nets de la CNAF sont restés dynamiques en 2008 (+4,1 %)

L'agrégat « Cotisations, impôts et taxes » (près de 87 % des produits de la branche) croît au même rythme qu'en 2007 (+4,5 %) malgré une masse salariale du secteur privé en recul de plus d'un point par rapport à 2007 (3,6 % contre 4,8 %). La bonne tenue des produits de la CNAF est expliquée par le dynamisme des recettes de cotisations et de CSG des travailleurs indépendants en 2008 en lien avec la mise en place de l'interlocuteur social unique. Cependant ce nouveau dispositif a impliqué une forte hausse des charges portant sur les produits (admissions en non valeur plus dotations nettes sur les créances) (voir fiche 6-2).

¹ L'allocation de présence parentale fait partie des allocations pour la petite enfance dans cette fiche, mais des prestations de la petite enfance de la fiche 6-2.

² Le décret n° 2007-1081 du 10 juillet 2007 fixe l'entrée en vigueur de cette modification au 1^{er} janvier 2009.

Le déficit de la CNAF se creuserait en 2009 pour s'établir à -2,6 Md€

La progression des charges nettes ralentirait en 2009 (2,8 %) principalement en raison de la substitution du RSA à l'API en métropole

Malgré la progression de la BMAF 2009 supérieure à celle de 2008 (+3,0 % après +1,0 %), la croissance des charges nettes en 2009 serait inférieure à celle observée en 2008. Cette décélération s'explique principalement par la substitution du RSA à l'API en métropole qui minore les produits et les charges nettes de la CNAF¹. En neutralisant l'écriture sur les dotations pour provisions sur indus et rappels en 2008 et la substitution du RSA à l'API en 2009, les charges nettes progresseraient de 4,7 % en 2009 après 4,0 % en 2008 sur le même concept.

Les prestations légales ralentiraient par rapport à 2008 (+2,3 % en 2009, après +3,5 % en 2008). Hors effet API, les prestations légales progresseraient de 3,6 % en 2009.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ralentirait (+5 % contre +7,8 % en 2008) en raison principalement d'une évolution moins marquée du complément de garde. En revanche, les allocations logement à caractère familial seraient dynamique en raison de la forte hausse du chômage à la fin de l'année 2008 et en 2009.

La progression des prestations liées au handicap est, quant à elle, principalement imputable à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés serait de +5,0 % (voir fiche 13-2), en moyenne annuelle et à la stabilité (-0,1 %) de la dépense relative à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en raison de la mise en œuvre du droit d'option entre l'AEEH et la prestation de compensation du handicap (PCH) suite à la LFSS pour 2008.

Les prestations extralégales progresseraient à un rythme plus élevé en 2009 (+7,5 % contre 4,0 % en 2008) en raison de la progression des prestations de service portée notamment par la revalorisation des prix plafonds (en fonction de l'indice mixte prix-salaires, +2,8 %, retenu comme base de prévision pour la COG contre +2,2 % en 2008) et de la création de nouvelles places en structure collective.

Les transferts au titre des majorations de pensions pour enfants, avantage familial de retraite pris en charge par la CNAF augmenteraient fortement (+20,5 %) en raison de l'augmentation de 10 points de la part de la CNAF² dans ce financement. Le coût de cette mesure est estimé à 0,4 Md€.

Enfin, **les charges de gestion courante** seraient en forte croissance (+11,5 %) en raison principalement du recrutement de personnels supplémentaires afin de faire face à la charge de travail liée à la mise en place du RSA au 1^{er} juin 2009.

Les produits de la branche famille décroîtraient de 1,1 % en raison du retournement de la situation économique et de la substitution du RSA à l'API en métropole

L'agrégat constitué des cotisations sociales, des impôts et produits affectés diminuerait de 0,8 % sous l'hypothèse d'une croissance de la masse salariale du secteur privé de -1,25 % en 2009 (contre +3,6 % en 2008). Les autres secteurs concourant aux produits de la CNAF (secteur public, particuliers employeurs) seraient plus dynamiques, expliquant en partie la différence entre les évolutions de la masse salariale privée et des produits de la CNAF.

La substitution du RSA à l'API en métropole pèse sur les produits tandis que la revalorisation de l'AAH de 5,0 % destinée à relever de 25 % le montant maximal de la prestation à l'horizon 2012 vient majorer ces produits.

¹ Les dépenses liées au RSA ne sont pas retracées dans le compte de résultat de la CNAF. La substitution du RSA à l'API est neutre sur le solde, car elle porte aussi bien sur les produits que sur les charges.

² La LFSS pour 2009 prévoit que la part de la CNAF dans le financement des majorations de pensions pour enfants passe de 60 % à 70 % en 2009, puis 85 % en 2010 et 100 % en 2011.

Les écarts à la prévision de la LFSS 2009

Le solde de l'exercice 2008 est dégradée de 0,66 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2009. Cet écart résulte de révisions jouant en sens contraire sur le compte.

- une révision à la hausse de 0,21 Md€ concernant les prestations de garde d'enfant et une révision de 0,18 Md€ concernant les prestations au titre du logement (APL et ALF) ;
- la révision à la baisse des recettes sur revenus d'activité (-0,21 Md€) est principalement imputable à la dégradation des hypothèses macro-économiques (la masse salariale du secteur privée était prévue à 4,25 % en LFSS contre 3,6 % réellement) et à la hausse des charges portant sur les produits. Cependant, l'impact de la révision des hypothèses macro-économiques est atténué par le dynamisme des produits du secteur des travailleurs indépendants plus important que prévu en LFSS ;
- les nouvelles modalités de calcul des dotations sur provisions pour indus et rappels (voir supra) explique principalement la baisse des autres révisions (-0,33 Md€) ;
- une progression moins rapide que prévue des dépenses d'action sanitaire et sociale ;
- une moindre progression des charges de gestion administrative ;

La nouvelle prévision pour l'exercice 2009 est dégradée de 2,1 Md€ par rapport à celle de la LFSS 2009.

- les prestations légales seraient supérieures de 0,52 Md€ à la prévision LFSS, dont 0,19 Md€ au titre des prestations en faveur des jeunes enfants et 0,33 Md€ au titre des prestations logement financées par la CNAF. La nouvelle prévision 2009 prend en compte l'accélération constatée fin 2008 sur les dépenses d'aides à la garde d'enfants, qui n'avait pas été intégrée dans la prévision LFSS et est reprise en base en 2009. L'augmentation des aides au logement résulte d'une prévision de chômage à présent plus dégradée qu'en LFSS ; les prestations logement sont sensibles à l'évolution de la situation de l'emploi, même si l'impact de la hausse du chômage sur la dépense est retardé ;
- la nouvelle prévision intègre des dépenses de gestion administrative supplémentaires au titre de la mise en place du RSA (voir supra) ;
- la prévision de recettes sur revenus d'activité et autres ITAF serait révisée globalement de 1,6 Md€ en 2009 en raison de la dégradation des hypothèses macro-économiques (la masse salariale du secteur privé « perd » 4 points entre la prévision technique et la prévision produite lors de la LFSS 2009) ;
- la révision des prestations extra-légales en 2008 est en partie reprise en base pour 2009.
- Le renoncement à l'opération d'augmentation du taux de cotisation vieillesse est, lui, favorable à la CNAF (à hauteur de 0,08 Md€) : il ne conduit plus à accroître les transferts au profit de la CNAV au titre de l'AVPF, qui sont proportionnels au taux vieillesse.

CNAF	2008	2009
Solde LFSS	0,32	-0,50
Prestations (nettes)	-0,40	-0,52
dont prestations garde d'enfant	-0,21	-0,19
dont prestations logement + FNH - FNAL	-0,18	-0,33
Prestations extralégales	0,18	0,13
Gestion administrative	0,10	-0,12
Recettes sur revenus d'activité	-0,21	-1,47
Recettes fiscales hors CSG activité	0,00	-0,12
swap de cotisations UNEDIC	0,00	0,08
Charges financières	0,00	-0,13
Autres	-0,33	0,05
dont provisions prestations nettes	-0,45	0,00
Solde technique	-0,34	-2,60
<i>Ecart au solde précédent</i>	<i>-0,66</i>	<i>-2,10</i>

CNAF : Charges

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
CHARGES	54 172,5	56 782,7	4,8	58 238,5	2,6	60 388,0	3,7
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	51 960,8	53 096,7	2,2	56 011,3	5,5	57 933,2	3,4
I - PRESTATIONS SOCIALES	40 800,6	42 069,3	3,1	43 558,9	3,5	44 759,0	2,8
Prestations légales	37 463,4	38 574,2	3,0	39 923,1	3,5	40 850,5	2,3
Prestations légales « famille »	37 463,4	38 574,2	3,0	39 923,1	3,5	40 850,5	2,3
Allocations en faveur de la famille	17 272,2	17 523,0	1,5	17 611,9	0,5	17 360,7	-1,4
allocation familiales	12 121,8	12 299,9	1,5	12 342,3	0,3	12 498,7	1,3
complément familial	1 596,9	1 585,4	-0,7	1 595,4	0,6	1 617,7	1,4
allocation de soutien familial	1 099,4	1 181,3	7,4	1 162,7	-1,6	1 209,7	4,0
allocation de parent isolé	1 064,2	1 075,3	1,0	1 024,3	-4,7	534,0	-47,9
Allocations en faveur de l'éducation (ARS)	1 389,8	1 381,1	-0,6	1 487,1	7,7	1 500,7	0,9
Allocations pour la petite enfance	10 480,2	10 965,0	4,6	11 627,3	6,0	12 108,9	4,1
Prestation d'accueil du jeune enfant	8 817,7	10 592,8	20,1	11 420,2	7,8	11 990,7	5,0
Primes	619,8	620,0	0,0	638,3	3,0	651,3	2,0
Allocations de base	3 445,7	4 003,1	16,2	4 112,3	2,7	4 210,7	2,4
Complément de libre choix d'activité	1 975,1	2 299,2	16,4	2 256,4	-1,9	2 248,1	-0,4
Complément de libre choix du mode de garde	2 777,1	3 670,6	32,2	4 413,2	20,2	4 880,6	10,6
Assistante maternelle	2 623,2	3 455,1	31,7	4 128,4	19,5	4 554,1	10,3
Employé à domicile	153,9	215,5	40,0	284,8	32,2	326,5	14,6
Autres allocations pour la garde d'enfants	1 662,5	372,2	-77,6	207,1	-44,4	118,2	-42,9
allocation pour jeune enfant + allocation d'adoption	288,0	2,1	-99,3	0,5	-74,3	0,0	--
allocation parentale d'éducation	442,1	-1,1	--	0,5	--	0,0	--
AFEAMA	838,3	286,3	-65,9	137,6	-51,9	64,3	-53,2
AGED	54,4	31,3	-42,5	17,0	-45,5	4,7	-72,5
allocation de présence parentale	39,6	53,6	35,4	51,5	-4,0	49,2	-4,4
Allocations en faveur du logement	3 615,7	3 672,1	1,6	3 951,5	7,6	4 214,0	6,6
Allocations en faveur des handicapés	5 798,3	6 112,9	5,4	6 428,3	5,2	6 834,1	6,3
AAH	5 230,4	5 505,4	5,3	5 773,4	4,9	6 179,8	7,0
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEH)	567,9	607,5	7,0	654,9	7,8	654,3	-0,1
Frais de tutelle	215,8	221,6	2,7	220,3	-0,6	246,4	11,9
Autres allocations et prestations	81,2	79,6	-1,9	83,8	5,3	86,4	3,1
Prestations extralégales	3 337,1	3 495,0	4,7	3 635,8	4,0	3 908,5	7,5
Autres prestations	0,1	0,0	-50,6	0,0	--	0,0	--
II - CHARGES TECHNIQUES	10 470,7	10 262,8	-2,0	10 985,8	7,0	11 742,4	6,9
Transferts entre organismes	6 645,7	6 638,5	-0,1	7 032,6	5,9	7 656,2	8,9
Prises en charge de cotisations	4 212,3	4 095,0	-2,8	4 382,6	7,0	4 510,8	2,9
Cotisations dues par la CNAF au titre de l'AVPF	4 212,3	4 095,0	-2,8	4 382,6	7,0	4 510,8	2,9
Prises en charge de prestations	2 433,4	2 543,5	4,5	2 650,0	4,2	3 145,4	18,7
Majoration pour enfants	2 185,0	2 291,5	4,9	2 385,7	4,1	2 874,2	20,5
Congé paternité	248,5	252,0	1,4	264,3	4,9	271,2	2,6
Participation au financement des fonds et organismes	3 825,0	3 624,3	-5,2	3 953,3	9,1	4 086,2	3,4
Contributions Financement de fonds	3 825,0	3 624,3	-5,2	3 953,3	9,1	4 086,2	3,4
Financement FNAL	3 745,7	3 543,9	-5,4	3 870,2	9,2	4 000,9	3,4
Autres	79,3	80,4	1,3	83,1	3,4	85,3	2,7
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	464,0	493,3	6,3	616,3	24,9	617,0	0,1
Pertes sur créances irrécouvrables	432,6	447,6	3,5	573,2	28,1	573,9	0,1
- sur cotisations, impôts et produits affectés	331,1	344,8	4,1	473,2	37,3	473,2	0,0
- sur prestations	101,6	102,8	1,2	100,0	-2,7	100,6	0,7
Autres charges techniques	31,4	45,7	45,7	43,1	-5,7	43,1	0,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	223,6	263,0	17,6	848,0	++	814,3	-4,0
- pour prestations sociales	172,2	165,3	-4,0	704,0	++	720,3	2,3
- pour dépréciation des actifs circulants	51,3	67,2	30,8	114,5	70,4	64,4	-43,7
- pour autres charges techniques	0,1	30,5	++	29,6	-3,1	29,6	0,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	1,8	8,4	++	2,3	-72,9	0,5	-78,1
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	2 059,1	2 088,9	1,5	2 093,2	0,2	2 333,7	11,5
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	152,6	1 597,0	++	134,0	-91,6	121,1	-9,6

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

CNAF – Produits

En millions d'euros

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
PRODUITS	53 281,4	56 938,6	6,9	57 896,1	1,7	57 789,9	-0,2
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	52 704,1	55 068,6	4,5	57 489,2	4,4	57 424,2	-0,1
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	45 871,0	47 950,0	4,5	50 097,9	4,5	49 697,9	-0,8
Cotisations sociales	30 449,7	31 384,0	3,1	32 585,9	3,8	32 464,2	-0,4
Cotisations sociales des actifs	30 340,4	31 273,8	3,1	32 503,6	3,9	32 381,2	-0,4
Cotisations sociales salariés	26 910,7	27 719,4	3,0	28 375,7	2,4	28 356,8	-0,1
Cotisations sociales non-salariés	3 429,7	3 554,3	3,6	4 127,9	16,1	4 024,4	-2,5
Majorations et pénalités	109,4	110,2	0,7	82,4	-25,3	83,1	0,9
Cotisations prises en charge par l'État	580,9	707,4	21,8	775,0	9,6	658,4	-15,0
Cotisations prises en charge par la Sécu.	262,1	256,5	-2,1	342,5	33,5	366,4	7,0
CSG, impôts et taxes affectés	14 578,3	15 602,0	7,0	16 394,5	5,1	16 208,9	-1,1
CSG	11 083,8	11 656,7	5,2	12 171,0	4,4	12 013,2	-1,3
Impôts et taxes affectées (ITAF)	3 494,5	3 945,3	12,9	4 223,5	7,1	4 195,7	-0,7
ITAF compensant des exonérations	3 488,7	3 907,2	12,0	4 222,2	8,1	4 197,1	-0,6
Autres ITAF	5,7	38,1	++	1,3	-96,5	-1,3	--
II - PRODUITS TECHNIQUES	6 312,5	6 601,2	4,6	6 829,2	3,5	6 745,9	-1,2
Transferts entre organismes	16,4	19,0	15,7	21,2	11,8	21,9	3,0
Prestations prises en charge par la CNSA	16,3	19,0	16,0	21,2	11,9	21,9	3,0
Contributions publiques	6 296,1	6 582,2	4,5	6 799,3	3,3	6 715,4	-1,2
Remboursement de prestations	6 296,1	6 582,2	4,5	6 799,3	3,3	6 715,4	-1,2
Autres contributions	0,0	0,0	-	8,7	-	8,7	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	291,8	229,4	-21,4	250,6	9,3	259,1	3,4
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	158,6	224,4	41,5	188,6	-15,9	704,1	++
- pour prestations sociales	94,2	125,9	33,7	138,8	10,2	703,9	++
- pour dépréciation des actifs circulants	64,2	98,5	53,4	49,9	-49,3	0,2	-99,7
- pour autres charges techniques	0,3	0,0	-89,3	0,0	--	0,0	-
V - PRODUITS FINANCIERS	70,1	63,7	-9,1	122,9	92,8	17,2	-86,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	301,4	323,8	7,4	308,2	-4,8	343,6	11,5
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	276,0	1 546,1	++	98,8	-93,6	22,1	-77,7
Résultat net	-891,0	155,9	--	-342,4	--	-2 598,1	++

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

	2006	2007	%	2008	%	2009	%
Charges nettes	53 695,9	54 764,7	2,0	57 512,0	5,0	59 146,4	2,8
Produits nets	52 804,8	54 920,7	4,0	57 169,6	4,1	56 548,2	-1,1
Résultat	-891,0	155,9		-342,4		-2 598,1	

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

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.

En 2007, les écritures symétriques en charges et produits exceptionnels liées à l'opération d'apurement de la dette de l'État envers le régime général sont neutralisées.

LA GESTION ADMINISTRATIVE

Avertissement : *Les dépenses de gestion administrative comme les dépenses d'action sociale font l'objet de budgets généralement limitatifs négociés sur un horizon pluriannuel dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion entre l'État 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. À 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 termes budgétaires, les dépenses de gestion administrative s'élèveraient à 10,5 Md€ en 2009

Pour 2008, les dépenses de gestion administrative du régime général (dépenses d'investissement comprises) se sont élevées à 10,2 milliards d'euros, soit une augmentation de 1,9 % par rapport à 2007. Ce niveau est inférieur à la précédente prévision de septembre 2008 (soit 10,4 milliards d'euros représentant alors une augmentation prévisionnelle de 4 % par rapport à l'exercice précédent).

Cette exécution mesurée des dépenses de gestion des organismes de sécurité sociale pour l'exercice 2008 résulte à la fois de la réalisation de gains de productivité importants et d'une modération des dépenses de fonctionnement hors personnel. La hausse des dépenses hors investissement s'établit pour l'année 2008 à 0,2 %.

Pour 2009, les dépenses de gestion administrative du régime général devraient s'élever à 10,5 milliards d'euros, soit une hausse de 3,5 % par rapport à l'exécuté 2008.

Pour les branches « maladie » et « recouvrement », l'augmentation prévisionnelle relève principalement du cycle habituel de consommation des crédits en fin de convention d'objectifs et de gestion, notamment en matière d'investissement. L'augmentation prévisionnelle des dépenses de gestion de la CNAM et de l'ACOSS s'élève ainsi respectivement à 5,1 % et 4,4 %, et, pour les seules dépenses hors investissement respectivement à 3,4 % et 4,1 %.

Concernant la branche famille, la prévision d'exécution pour 2009 laisse apparaître une croissance prévisionnelle des dépenses de gestion de 1,6 %. Hors investissement, l'augmentation s'élèverait à 10,2 %, du fait principalement des moyens supplémentaires alloués à la CNAF au titre de la mise en place du RSA. Toutefois, il convient de signaler que le financement des frais de gestion liés aux surcoûts du RSA pour la branche famille doit être compensé par un fonds spécifique, le fonds national de solidarité active.

S'agissant de la branche « vieillesse », on peut constater une prévision d'exécution en diminution des dépenses de 2,5 % par rapport à l'exercice précédent, du fait notamment de la stabilité des dépenses de fonctionnement hors personnel entre 2008 et 2009 et d'un niveau d'investissement réduit en première année de COG. En outre, hors investissements les dépenses connaissent également une stabilité entre 2008 et 2009.

À côté de ses efforts de maîtrise des coûts de gestion réalisés au sein de chaque branche, le régime général s'est également engagé dans le développement d'une stratégie de pilotage interbranche en matière immobilière. Ainsi, parallèlement au déploiement de la stratégie pilotée par France Domaine pour le parc de l'État, l'UCANSS, dans le cadre des nouvelles missions définies par la première COG négociée entre l'organisme et l'État, a été chargée

d'élaborer un document stratégique sur la gestion et la valorisation du patrimoine de la sécurité sociale afin de permettre d'optimiser la gestion immobilière du régime général. Sur la base de ce document, chaque caisse nationale s'engagera dans la réalisation d'un schéma pluriannuel de stratégie immobilière concernant tous les organismes de son réseau.

**Évolution des dépenses de gestion administrative pour 2005-2009
(en millions d'euros)**

	2005	2006		2007		2008		2009	
	<i>Dépenses exécutées</i>	<i>Dépenses exécutées</i>	<i>2006/2005</i>	<i>Dépenses exécutées</i>	<i>2007/2006</i>	<i>Dépenses exécutées</i>	<i>2008/2007</i>	<i>Prévision de dépenses exécutées</i>	<i>2009/2008</i>
CNAV	973	999	2,6%	1006	0,7%	1057	5,1%	1031	-2,5%
CNAF	1695	1778	4,9%	1824	2,6%	1899	4,1%	1930	1,6%
CNAMTS	6059	5880	-2,9%	5897	0,3%	5929	0,5%	6229	5,1%
ACOSS	1194	1220	2,1%	1270	4,1%	1287	1,3%	1343	4,4%
Régime général	9921	9878	-0,4%	9983	1,1%	10173	1,9%	10532	3,5%

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

**Évolution des dépenses de gestion administrative par branche pour 2008-2009 :
dépenses totales et dépenses hors investissement (en millions d'euros)**

	CNAV			CNAF			CNAMTS			ACOSS			Régime général		
	2008	2009	Evol.	2008	2009	Evol.	2008	2009	Evol.	2008	2009	Evol.	2008	2009	Evol.
Dépenses exécutées	1 057	1 031	-2,5%	1 899	1 930	1,6%	5 929	6 229	5,1%	1 287	1 343	4,4%	10 173	10 532	3,5%
Dépenses exécutées hors investissement	999	993	-0,6%	1 640	1 808	10,2%	5 671	5 864	3,4%	1 230	1 280	4,1%	9 540	9 945	4,2%

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 trouvent une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprises de dettes (1994, 1996, 1998 puis 2004, 2005, 2006, 2007¹ et 2008) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie² reflète largement le résultat du régime général (voir graphique page suivante).

En 2008, le résultat en droits constatés du régime général (-10,2 Md€) a différé de +3 Md€ de la variation de trésorerie de l'ACOSS (-7,2 Md€, hors reprise de dette Cades). Cet écart s'explique par différents éléments (voir tableau page suivante) :

- le décalage entre le fait générateur et les remboursements de l'État vis-à-vis du régime général, au titre des compensations des exonérations de cotisations, a peu joué en 2008, tandis qu'il contribuait pour 1,5 Md€ à l'écart de l'année précédente. Cela traduit en fait deux phénomènes se compensant : d'une part, l'augmentation de 0,9 Md€ de la dette de l'État relative aux exonérations ciblées, d'autre part, l'excédent en trésorerie du panier de recettes fiscales au titre des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires (voir fiche 8-1). Cet excédent joue positivement sur la trésorerie en 2008 car il n'a été reversé à l'État qu'en janvier 2009 ;
- le FSV a continué de diminuer sa dette vis-à-vis de la CNAV : après l'avoir réduite de 100 M€ en 2007, le fonds a remboursé 700 M€ en 2008 venant donc améliorer la trésorerie du régime général ;
- contrairement aux années précédentes, l'État a versé suffisamment de dotations pour éviter des insuffisances budgétaires au titre de sa prise en charge de prestations, notamment d'AAH et d'API ;
- 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 ; comme en 2007, les versements de 2008 ont été inférieurs aux dotations (0,3 Md€ après 0,6 Md€ en 2007) ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés (les opérations sont comptabilisées à la naissance du droit) et les données de trésorerie (les opérations sont enregistrées lors du paiement) ont contribué pour -1,9 Md€ en 2007 à la variation de trésorerie et ont joué pour +2,1 Md€ en 2008. Le décalage de comptabilisation entre le droit constaté et la trésorerie pour l'équilibrage du panier de recettes fiscales 2007 (versement en janvier 2008 suite à la LFR 2007) est le principal facteur puisqu'il joue pour -1,3 Md€ en 2007 et +1,3 Md€ en 2008. Outre les décalages sur les cotisations dans les Urssaf³, ceux liés aux prestations familiales, aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation), il a également été comptabilisé un produit constaté d'avance sur la CSG et le prélèvement social sur les

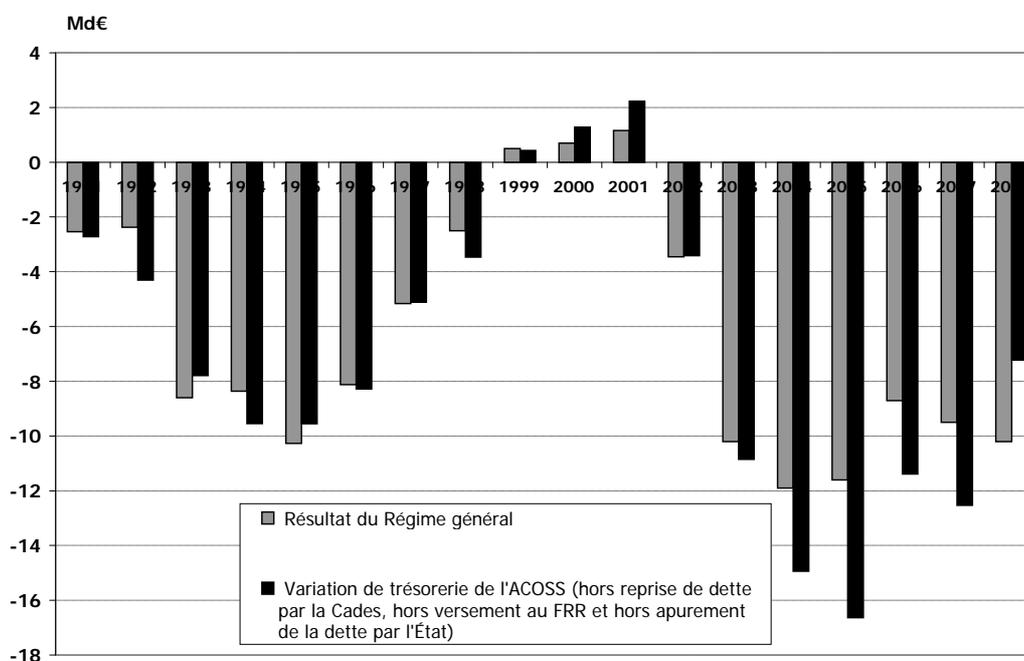
¹ En 2007, le Régime général n'avait pas bénéficié d'une reprise de dettes mais a dû reverser à la Cades un trop perçu de 65 M€ au titre de la reprise de dette de l'année 2006.

² La variation de trésorerie de l'année N est la différence de la situation de trésorerie de l'ACOSS entre le 31/12 de l'année N et le 31/12 de l'année N -1.

³ Par rapport à la période d'emploi, les cotisations sur salaires sont le plus souvent encaissées le mois suivant pour les cotisants « mensuels » et le 1^{er} mois du trimestre suivant pour les cotisants « trimestriels »

- produits de placement (pour 0,3 Md€). Ces montants viennent donc améliorer la variation de trésorerie de cette année ;
- les « autres éléments » regroupent des corrections plus difficilement estimables, dont l'impact est faible, notamment des effets d'opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie et des effets de décalages de remboursement des prestations maladie ;
 - la gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes et le paiement de dépenses au titre des tiers n'a quasiment pas contribué à la variation de trésorerie en 2008, après une incidence de -0,4 Md€ en 2007 hors apurement des dettes de l'État. D'une part les Urssaf sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (FSV, Cades, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des Urssaf ; d'autre part les organismes prestataires assurent la gestion de dépenses qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'État, les départements ou certains fonds (RMI, allocations logement, AME, fonds CMU...), avec des délais de remboursement qui peuvent être longs. Ainsi la dette du Fnal, qui s'élève à fin 2008 à près de 250 M€ (voir fiche 8-1) est intégrée dans cette partie ;
 - en application de la LFSS 2009, la Cades a repris, dans la limite de 27 Md€, les déficits des branches maladie et vieillesse, ainsi que du FSV. Un versement anticipé de 10 Md€ a été opéré en décembre 2008, qui améliore la trésorerie de l'ACOSS sans être comptabilisé dans le résultat comptable du régime général. Les années précédentes, la reprise de la dette de la CNAM par la Cades, prévue dans la loi d'août 2004 relative à l'assurance maladie, s'était traduite par des versements de la Cades au régime général de 35 Md€ en 2004, 6,6 Md€ en 2005 et 5,2 Md€ en 2006. L'ACOSS avait remboursé 65 M€ de trop perçu en 2007.

Solde du régime général et variation de trésorerie
(hors versement des excédents comptables passés,
hors reprise de dette par la Cades et hors apurement de dettes de l'État)



Note : le résultat du Régime général est en droits constatés depuis 1999, en encaissements/décaissements avant (les chiffres établis par cette méthode sont par nature plus proches de la trésorerie que les droits constatés)

Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2006 à 2008

		(en Md€)		
		2006	2007	2008
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-8,7	-9,5	-10,2
Corrections	(2)	-2,6	-2,7	2,9
Remboursement exonérations (Etat)		-0,7	-1,5	-0,2
Insuffisance FSV		-1,2	0,1	0,7
Insuffisance AAH API et autres prestations (Etat)		-0,1	-0,3	0,0
Décalage sur les participations à certains fonds		0,1	0,6	0,3
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-0,6	-1,9	2,1
Autres éléments		-0,1	0,4	0,0
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-11,3	-12,2	-7,3
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	-0,1	-0,4	0,0
Variation de trésorerie de l'Acosse hors apurement de la dette Etat et hors reprise de dettes Cades	(5)=(3)+(4)	-11,4	-12,5	-7,2
Apurement de la dette de l'Etat	(6)	0,0	5,1	0,0
Variation de trésorerie de l'Acosse yc. apurement dette Etat et hors reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	-11,4	-7,4	-7,2
Reprise de dette de la Cades	(8)	5,7	-0,1	10,0
Variation de trésorerie de l'Acosse yc. apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(9)=(7)+(8)	-5,7	-7,5	2,8

LES CHARGES ET PRODUITS FINANCIERS DE L'ACOSS ET DU RÉGIME GÉNÉRAL

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 billets de trésorerie 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 (voir encadré 2 sur les différences entre ces deux approches).

La trésorerie de l'ACOSS a connu un point bas de -31,5 Md€ en 2008

Le solde de trésorerie de l'ACOSS au 31 décembre 2008 s'est élevé à -17,3 milliards d'euros, contre -20,1 milliards d'euros à fin 2007, soit une variation de trésorerie de +2,8 milliards d'euros. Cette variation positive s'explique par le premier versement de 10 milliards d'euros effectué le 23 décembre 2008 par la CADES au titre de la reprise de dettes votée en LFSS pour 2009 (qui s'élèvera au total à 27 milliards d'euros).

Hors reprise de dettes, le solde de trésorerie à fin 2008 aurait été de -27,3 milliards d'euros et la variation annuelle de trésorerie aurait atteint -7,2 milliards d'euros. L'ACOSS a dû recourir à l'emprunt tous les jours de l'année. Le point bas annuel de trésorerie s'est élevé à -31,5 milliards d'euros le 14 novembre (pour un plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 36 milliards d'euros) et le solde moyen de trésorerie à -21,2 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2008 (contre -15,8 Md€ en 2007).

Le résultat financier de l'ACOSS se dégrade en 2008 de 185 M€ par rapport à 2007

Le résultat financier net de l'ACOSS s'est élevé à -832 millions d'euros en 2008, après -648 millions d'euros en 2007. Cette dégradation s'explique principalement par l'augmentation des volumes empruntés.

La valeur moyenne du taux Eonia¹, qui sert de référence pour l'essentiel des emprunts de l'ACOSS, s'est élevée en moyenne à 3,86 % en 2008 (3,83 % en pondérant le taux par les montants d'emprunt souscrits par l'ACOSS au jour le jour), soit le même niveau moyen qu'en 2007. Le niveau élevé des taux observés en début d'année a été compensé par une baisse importante entre octobre et décembre 2008 (voir graphique 1).

Près de 90 % des charges financières supportées par l'ACOSS proviennent des intérêts sur les emprunts contractés auprès de son principal partenaire financier, la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Les intérêts dus au titre des billets de trésorerie s'élèvent à 95 millions d'euros en 2008 contre 10 millions d'euros en 2007, pour un encours moyen de 2,7 milliards d'euros, en progression de 0,5 milliard par rapport l'année précédente.

En 2008, la CDC a notifié à l'ACOSS de nouvelles conditions de financement pour les tirages au-delà de 25 milliards d'euros (voir encadré 1). Ces conditions, moins favorables à l'ACOSS, n'ont cependant pas trouvé à s'appliquer, notamment grâce à un recours accru aux émissions de billets de trésorerie (BT), autorisées depuis la LFSS pour 2007.

¹ Euro overnight index average : taux interbancaire au jour le jour

Tableau 1 – Bilan financier 2008 de l'ACOSS (en millions d'euros)

	2007	2008
Charges financières	659	839
a/ Intérêts débiteurs sur avances prédéterminées CDC	519	695
b/ Intérêts débiteurs sur avances au jour le jour CDC	32	48
c/ Intérêts débiteurs sur avances exceptionnelles de trésorerie	0	0
d/ Pénalités sur tunnels de prévisions et avances à 24h	1	0
e/ Intérêts débiteurs sur billets de trésorerie	107	95
Produits financiers	11	7
f/ Intérêts créditeurs sur compte CDC	11	7
g/ Intérêts sur valeurs mobilières de placement	0	0
Résultat net	-648	-832

Lecture : voir encadré 1.

Encadré 1 – Conditions de financement des besoins de trésorerie

Les rapports entre l'ACOSS et la CDC, le partenaire financier traditionnel du Régime général, sont régis par la convention 2006-2010 du 21 septembre 2006.

Depuis 2001, la CDC facture à l'ACOSS le coût lié à la tenue de compte. Cette facturation s'élève à 3,7 M€ par an. La convention prévoit la possibilité d'une réduction de coût en cas d'économie réalisée par l'ACOSS ou par le réseau CDC.

La convention prévoit différents types d'avances : les avances prédéterminées (ligne a/ du tableau ci-dessus, il s'agit des demandes d'emprunt formulées au moins 7 jours avant l'échéance), les avances à 24 heures (ligne b/) et les avances le jour même (ligne c/). Plus la demande de fonds intervient tôt, plus la marge sur le taux Eonia qui sert de référence est faible.

L'ACOSS adresse chaque mois des prévisions de tirages pour les trois mois suivants, qui déterminent un « tunnel » : si les avances effectivement demandées à la CDC sont supérieures ou inférieures aux bornes notifiées pour le tunnel, des pénalités sont appliquées (ligne d/).

Il peut arriver que des montants empruntés ne soient finalement pas utilisés par l'ACOSS : les sommes sont alors placées auprès de la CDC, ce qui explique que des produits financiers puissent être constatés (ligne f/) même si l'ACOSS doit emprunter tous les jours de l'année.

En 2008, la CDC a notifié à l'ACOSS que les conditions conventionnelles de financement ne s'appliqueraient qu'à hauteur de 25 milliards d'euros. Au-delà de ce plafond, les avances de trésorerie CDC devraient prendre en compte les conditions de marché, sur la base du taux EURIBOR 3 mois¹ (il a atteint EONIA +100 points de base au plus fort de la crise financière). L'ACOSS n'a cependant pas eu à recourir à cette deuxième tranche.

Pour 2009, la CDC a fait part à l'ACOSS de son intention de modifier la convention par voie d'avenant, un an avant l'échéance de renouvellement. Des négociations sont conduites en vue de la signature de l'avenant à la fin du mois de juin 2009.

Depuis 2007, l'ACOSS a aussi la possibilité d'émettre des billets de trésorerie (dont le coût associé est isolé dans la ligne e/ du tableau ci-dessus) sur les marchés financiers dans la limite d'un plafond relevé en 2008 par les tutelles de 5 à 8 Md€ (hors opérations avec l'État).

¹ Taux des emprunts interbancaires à 3 mois

Pour faire face aux principaux creux de trésorerie, des montants importants de BT ont été souscrits sur deux brèves périodes directement par l'État, au travers de l'Agence France Trésor.

Au final, le taux moyen de financement de l'ACOSS s'est élevé à 3,89 % en 2008 (soit 6 points de base au-dessus du taux moyen EONIA pondéré des montants d'emprunt).

Les charges et les produits financiers 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. Cependant, la somme des résultats financiers des branches du régime général n'est pas égale au résultat financier de l'ACOSS (voir encadré 2).

La partie la plus importante des charges financières de 2008 est imputable à la branche vieillesse (650 millions d'euros, contre 492 millions d'euros en 2007). Cette branche doit non seulement supporter les charges financières découlant du creusement de son propre déficit, mais aussi les frais liés aux déficits cumulés du Fonds de solidarité vieillesse. Ce fonds n'a en effet pas d'autorisation d'emprunt et opère ses versements à la CNAV en fonction des ressources dont il dispose.

Le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie est de 367 millions d'euros. De même, le déficit de la branche AT-MP a généré 18 millions d'euros de frais financiers alors que la branche famille, qui bénéficie d'excédents de trésorerie liés à ses réserves, a perçu 103 millions d'euros de produits financiers.

Tableau 2 – Résultat financier net des branches du régime général

	2007	2008
Assurance maladie	-251	-367
Accidents du travail	-23	-18
Allocations familiales	49	103
Assurance vieillesse	-492	-650
Total	-717	-932
Rappel : résultat financier de l'ACOSS	-648	-832

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 qu'accomplit l'ACOSS pour le compte de tiers : par exemple, l'existence de délais entre le recouvrement d'une taxe pour le compte d'un tiers et son reversement entraîne une amélioration de la trésorerie de l'ACOSS qui n'est pas imputable à l'une des branches du régime.

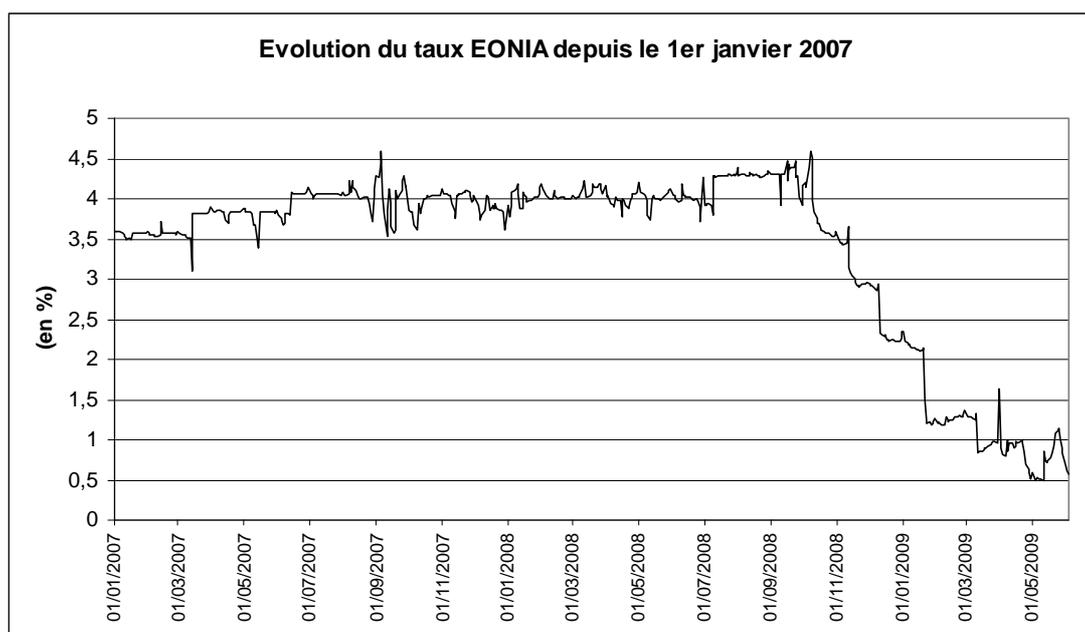
Ensuite, le taux que facture l'ACOSS à chacune des branches ne correspond en général pas à son taux effectif de financement :

- d'abord, le taux débiteur facturé correspond 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 Caisse ainsi qu'aux billets de trésorerie, est en pratique inférieur à ce taux ;

- ensuite, le solde positif d'une branche donnée donne lieu à des intérêts créditeurs, même si le solde global de trésorerie du régime reste négatif. Comme le taux créditeur appliqué (celui de la convention avec la CDC) est inférieur au taux de financement de l'ACOSS, un écart est là aussi créé.

Conformément à l'article R.255-7 du Code de la sécurité sociale, la différence constatée vient selon le cas majorer ou minorer la contribution des branches au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS. En 2008, comme le résultat financier du RG est supérieur de 100 M€ à celui de l'ACOSS, c'est de ce montant qu'ont été réduites les contributions des branches.

Un décret en cours de publication prévoit qu'à compter de 2009, les taux facturés aux branches seront fixés par un arrêté tenant compte des conditions effectives de financement de l'ACOSS. L'écart entre le résultat financier de l'ACOSS et celui du régime devrait donc se réduire.



DU RÉSULTAT COMPTABLE À LA CONTRIBUTION DU RÉGIME GÉNÉRAL AU BESOIN DE FINANCEMENT DES ASSO

Périmètre des ASSO en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, les Administrations de sécurité sociale (ASSO) constituent le sous-secteur des administrations publiques qui comprend les régimes d'assurance sociale obligatoires et les organismes dépendant de ces régimes (ODASS, principalement les hôpitaux).

- a) **Les régimes d'assurance sociale** couvrent des risques et besoins sociaux dont la liste est publiée dans le Système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC95, § 4.84) et qui ouvrent droit à des prestations sociales. Ils regroupent les organismes à comptabilité complète qui ont pour activité le versement de prestations sociales, dont les ressources principales sont des cotisations sociales obligatoires, et dont les administrations publiques fixent ou approuvent le taux. Ainsi figurent dans ce sous-secteur les caisses de Sécurité sociale qui relèvent du Code de la sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'UNEDIC (organisme paritaire privé de gestion de l'assurance chômage)

En revanche, le sous-secteur des ASSO exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs ainsi que l'assistance sociale qui se distingue de l'assurance sociale, par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

- Le régime général de la Sécurité sociale ;
 - Les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des quotes-parts de cotisations provenant des caisses de Sécurité sociale ou qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses (FIVA, CNSA, FSV) ;
 - Les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc.) ;
 - Les régimes des non salariés (dont la mutualité sociale agricole – régime des exploitants agricoles) et le compte associé du FFIPSA ;
 - Le régime d'indemnisation du chômage ;
 - Les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...).
- b) **Les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)** – qui dépendent des administrations de Sécurité sociale – comprennent :
- Les hôpitaux de l'Assistance publique ainsi que les hôpitaux privés du service public (EPSPH) financés 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 pourrait dire en référence à la comptabilité d'entreprise que *la capacité de financement* calculée par les comptes nationaux est proche de *la capacité d'autofinancement* diminuée du solde des opérations en capital¹ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment de :

Exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles inscrites au titre des prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soin. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestation. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

Exclure les dotations aux amortissements et 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.

Les dotations en capital et les prélèvements sur réserve à des établissements faisant partie des administrations publiques sont retracés en comptabilité nationale dans la capacité/besoin de financement. C'est le cas par exemple du versement de l'excédent de la CNAV au Fonds de réserve des retraites (FRR) qui n'est pas classé en ASSO en comptabilité nationale mais en organisme divers d'administration centrale (ODAC).

Ne pas reprendre les plus – ou moins – values sur cessions d'immobilisations financières, ni les gains ou pertes de change.

Dans le cas des régimes complémentaires de vieillesse des salariés comme l'AGIRC ou l'ARRCO, mais aussi de certains régimes de non salariés, ces montants, comptabilisés dans le résultat financier, peuvent influencer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

¹ Cette égalité est vraie parce que les organismes de sécurité sociale ne versent pas de dividendes. En toute rigueur, il faudrait tenir compte des dividendes versés dans le passage de la notion de *capacité d'autofinancement* de la comptabilité générale à celle de *capacité de financement* de la comptabilité nationale, cette dernière comprenant les dividendes versés.

Les corrections de synthèse

À 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 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 dans le passé à l'occasion du premier exercice du FOREC.

L'adossement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

Le régime de retraite des IEG a été rattaché aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires) en 2005. Pour assurer la neutralité de l'adossement à la caisse nationale d'assurance vieillesse, il a été convenu que les IEG versent une somme forfaitaire libératoire (soulte) à la CNAV. Une partie de la soulte (3,060 Md€) a été versée en 2005 au fonds de réserve de retraite (FRR). Le montant restant (4,589 Md€) donnera lieu à des annuités indexées sur les prix, versées à la CNAV, soit 20 annuités de 287 M€ (en euro 2005).

Conformément aux règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, les comptes de la CNAV retracent chaque année le montant d'une annuité. En revanche, conformément aux règles européennes, c'est le montant total de la soulte qui est enregistré en 2005 en comptabilité nationale, soit 7,6 Md€ et il convient donc pour les années suivantes de neutraliser les annuités figurant dans les comptes de la CNAV.

Cette soulte est retracée dans les recettes de la CNAV en contrepartie de créances sur le FRR (3,1 Md€) et les IEG (4,6 Md€). Ces créances donnent lieu à des revenus financiers : d'une part les plus values et les produits financiers dégagés par le FRR sur ses placements relatifs à la partie de la 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).

	2005	2006	2007
Résultat des organismes du régime général	-11,6	-8,7	-9,5
Dotations et reprises sur provision	- 0,3	-0,1	0,2
Opérations en capital	-0,3	0,1	0,0
<i>Dont versement de la CNAV au FRR</i>	-0,3	0,0	0,0
Plus ou moins values (sur immobilisations financières)	0,0	0,0	0,0
Corrections de synthèse	0,3	-0,3	-0,7
Traitement de l'adossement du régime de retraite des IEG	7,8	0,2	0,0
<i>Dont : Soutte IEG versée à la CNAV</i>	7,6	0,0	0,0
<i>Produits financiers reçus du FRR</i>	0,3	0,4	0,2
<i>Annulation de l'annuité</i>	-0,3	-0,3	-0,3
<i>Intérêts reçus des IEG</i>	0,2	0,1	0,1
Capacité (+) / besoin (-) de financement du régime général	-4,1	-8,9	-10,0
Capacité (+) / besoin (-) de financement des autres régimes	2,7	9,1	11,0
<i>Dont adossement des IEG aux régimes complémentaires</i>	0,8	0,2	0,0
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ODASS	-1,4	-1,1	-1,4
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ASSO	-2,8	-0,9	-0,4

LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996. Sa mission est de reprendre et d'amortir les dettes sociales.

En 2009, la CADES reprend 27 Md€ de dettes sociales

La loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu, en son article 10, une nouvelle reprise de dette portant sur les déficits cumulés à fin 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) dans une limite maximale de 27 Md€.

Un premier décret a fixé à 26,9 Md€ le montant provisoire de la reprise. Ce montant correspond à la somme des déficits annuels non repris jusqu'à 2008 inclus de la CNAM, de la CNAV et du FSV, tels que prévus dans la LFSS pour 2009. La CADES a effectué à ce titre trois versements à l'ACOSS, le 23 décembre 2008, le 6 février 2009 (pour 10 Md€ à chaque fois) et le 6 mars 2009 (pour 6,9 Md€).

Un second décret, qui sera publié pendant l'été, fixe le montant définitif de la reprise de dette compte tenu des résultats réellement constatés en 2008 pour les trois organismes concernés. Le montant total des déficits cumulés étant de 27,01 Md€, la reprise de dette sera finalement limitée au maximum de 27 Md€ défini par la loi. Un transfert complémentaire de 100 M€ sera donc réalisé par la CADES au début du second semestre 2009. Compte tenu des règles de priorité définies par la loi (qui prévoit notamment que la reprise porte en premier lieu sur les dettes les plus anciennes), l'écart est supporté par la CNAV (voir tableau 1).

Pour satisfaire aux exigences de la loi organique du 2 août 2005 qui, en matière de reprise de dette par la CADES, impose que toute nouvelle opération soit accompagnée de l'affectation à cette caisse de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une recette complémentaire correspondant à une fraction de 0,2% de la CSG attribuée au FSV a parallèlement été affectée à la CADES (voir encadré 1).

Bilan de l'activité de la CADES

Le montant total des dettes reprises par la CADES s'élève à 134,6 Md€ (voir tableau 2). À fin 2009, la dette amortie par la CADES depuis sa création devrait atteindre 41,5 Md€. Les intérêts d'emprunt servis parallèlement par la CADES devraient représenter 28,3 Md€ depuis sa création. La dette restant à amortir à cette date s'élèvera alors à 93,1 Md€ (voir tableau 3).

Conformément aux dispositions de la loi organique, l'horizon prévisionnel d'extinction de la dette sociale n'a pas été modifié par l'opération de reprise de dette de 2009 : selon les projections de la CADES, la date la plus probable à laquelle l'intégralité de la dette serait amortie demeure 2021.

Tableau 1 - Répartition des déficits repris en application de la LFSS 2009

<i>En M€</i>				
Années	CNAMTS	CNAV	FSV	Total
2002	-	-	-122	-122
2003	-	-	-934	-934
2004	-	-	-639	-639
2005	-	-1 876	-2 005	-3 881
2006	-	-1 855	-1 259	-3 114
2007	-4 629	-4 572	154	-9 047
2008 (provisoire voté en LFSS)	-4 202	-5 768	820	-9 150
déficit prévisionnel à fin 2008	-8 831	-14 071	-3 985	-26 887
Montant de la reprise provisoire ⁽¹⁾	8 800	14 100	4 000	26 900
2008 définitif	-4 449	-5 636	812	-9 272
déficit cumulé définitif	-9 078	-13 939	-3 992	-27 009
déficit repris	-9 078	-13 930	-3 992	-27 000

⁽¹⁾ correspondant aux déficits prévisionnels arrondis

Reprises de dettes par la CADES depuis l'origine

<i>en Md€</i>										
Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004 ⁽²⁾	2005 ⁽³⁾	2006 ⁽⁴⁾	2007	2008 ⁽⁵⁾	2009	31/12/2009
Régime Général	20,89	13,26		35,00	6,61	5,70	-0,06	10,00	17,00	108,40
Etat ⁽¹⁾	23,38									23,38
CANAM	0,46									0,46
Champ FOREC	-		1,28	1,10						2,38
TOTAL	44,73	13,26	1,28	36,10	6,61	5,70	-0,06	10,00	17,00	134,61

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 35Md€ 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.

(5) Ce montant correspond au versement anticipé de 10 Md€ effectué par la CADES sur la reprise de dette prévue par la LFSS pour 2009.

La politique d'émission de la CADES en 2008

La CADES a globalement bénéficié du mouvement de « fuite vers la qualité » qui a caractérisé les marchés confrontés à la crise financière.

Elle a cependant dû adapter son programme d'émission, notamment pour prendre en compte l'impact de la crise sur la liquidité des différents marchés. Au cours du 1^{er} semestre 2008, la CADES a ainsi encore pu lancer des emprunts à moyen et long terme dans des conditions favorables (EURIBOR 3 mois¹ -14 points de base), pour un total de 7 Md€. Du fait de l'intensification de la crise au second semestre, elle a alors concentré ses emprunts sur des émissions de court terme et en dollars, en neutralisant systématiquement le risque de change. Contrairement au marché en euros, le marché en dollars est en effet resté très actif tout au long de l'année pour les agences proches des États. En outre, dans le climat d'incertitude actuel, les investisseurs montrent une préférence marquée pour les maturités de placement les plus courtes. Ces conditions ont permis à la CADES de financer à des taux avantageux (de EONIA² -6 pb à -33 pb) les versements effectués au titre de la reprise de dette prévue par la LFSS pour 2009.

Tableau 3 AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

en M€

Année de reprise de dettes	Dettes 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	107 611	2 807	37 463	-70 148
2009 (p)	134 611	4 073	41 536	-93 075

¹ Taux des emprunts interbancaires à 3 mois

² Taux du marché interbancaire au jour le jour

Encadré 1 – Ressources de la CADES

L'essentiel des ressources de la CADES est constitué, jusqu'à fin 2008, du produit de la CRDS. Cette contribution, d'un taux de 0,5 %, est assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et du patrimoine ainsi que sur les jeux et les objets précieux.

En 2008, le rendement de la CRDS a été de 5,98 Md€, en progression de 5,3 %, et le produit attendu en 2009 est estimé à 5,97 Md€, soit une diminution de 0,3% par rapport à 2008.

L'évolution du rendement de la CRDS est globalement liée à la croissance économique. La légère baisse attendue entre 2008 et 2009 découle du ralentissement de l'activité économique qui résulte de la crise économique et financière qui a débuté au cours du second semestre 2008.

À compter du 1^{er} janvier 2009, la CADES reçoit également une fraction de 0,2 point de CSG dont le rendement prévisionnel, sur 2009, est de 2,3 Md€. L'assiette de la CSG étant très proche de celle de la CRDS, le dynamisme attendu de la part de cette recette complémentaire est quasiment identique à celui de la recette principale.

Encadré 2 – Le financement des reprises de dette par la CADES

Pour faire face à ses engagements, la CADES est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son Conseil d'administration et dont les principes fondamentaux sont :

- la minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché ;
- la crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros) ;
- l'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués...);
- une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollars américains, australiens, canadiens...), le risque de change étant cependant neutralisé ;
- un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais...).

La CADES, l'une des plus grandes agences européennes, bénéficie de conditions de financement aussi favorables que celles de la Banque Européenne d'Investissement et de la KfW allemande (Kasse für Wiederaufbau), notées, comme elle, triple A par les principales agences de notation internationales.

ANNEXES

ANNEXE 1
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article L. 114-1 du Code de la sécurité sociale

Article L. 114-1

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale (Art. 15)

Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille (Art. 34)

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (Art. 3)

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 40)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'État et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la Sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

ANNEXE 2
DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Articles D. 114-1 à D. 114-4 du Code de la sécurité sociale

Article D. 114-1

La Commission des comptes de la Sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la Sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désigné respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique et social désigné par le président du Conseil économique et social ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

b) Trois par le conseil national du patronat français ;

c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;

f) Un par l'union nationale des associations familiales.

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

h) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce ;

i) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'assurance vieillesse artisanale ;

j) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

k) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

l) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la Sécurité sociale ;

m) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;

n) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

o) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

p) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la Sécurité sociale ;

7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article D. 114-2

Un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la Sécurité sociale, assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3.

Article D. 114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président.

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission .

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D.114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacances dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacances est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacances sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au secrétaire général permanent et le nombre maximum annuel de vacances 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. Brice HORTEFEUX, Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville

M^{me} Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports

M. Éric WOERTH, Ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

M^{me} Valérie LÉTARD, Secrétaire d'État auprès de M. Brice HORTEFEUX, chargée de la Solidarité

M^{me} Nadine MORANO, Secrétaire d'État auprès de M. Brice HORTEFEUX, chargée de la Famille

I – PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Gérard BAPT

M. Yves BUR

M. Pierre MORANGE

M. Bernard PERRUT

Député de Haute-Garonne

Député du Bas-Rhin

Député des Yvelines

Député du Rhône

SÉNATEURS

M. Jean-Jacques JEGOU

M. Jean-Marc JUILHARD

M. Michel MERCIER

M. Alain VASSELLE

Sénateur du Val-de-Marne

Sénateur du Puy-de-Dôme

Sénateur du Rhône

Sénateur de l'Oise

II – CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

M. Jean-Michel LAXALT

Membre du Conseil économique et social

III – COUR DES COMPTES

M. Laurent RABATÉ

Conseiller maître à la Cour des comptes

IV – ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Jean-René BUISSON	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Véronique CAZALS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Marie-Christine FAUCHOIS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Pierre MARTIN	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. François FONDARD	Président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Secrétaire nationale du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Jean-François VEYSSET	Vice-président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

V – ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Claude AUROUSSEAU	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Gérard PELHATE	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Gérard QUEVILLON	Président du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. 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 d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
M. Jean-Louis DEROUSSEN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Pierre BURBAN	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. Franck GAMBELLI	Président de la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M. Jean-Louis BUHL	Président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Jean-Pierre DAVANT	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
M. Bernard DEVY	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Philippe VIVIEN	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M ^{me} Annie PODEUR	Directrice des Hôpitaux – ministère de la Santé et des Sports
M. Didier HOUSSIN	Directeur de la Direction générale de la santé – ministère de la Santé et des Sports
M. Dominique LIBAULT	Directeur de la Sécurité sociale – ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville – ministère de la Santé et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M ^{me} Anne-Marie BROCAS	Directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville – ministère de la Santé et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Noël RENAUDIN	Président du Comité économique des produits de santé – ministère de la Santé et des Sports
M. Jean-Philippe COTIS	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. Philippe JOSSE	Directeur du Budget – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Ramon FERNANDEZ	Directeur général du Trésor et de la Politique économique – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. David LITVAN	Sous-directeur de la comptabilité de l'État à la Direction générale des Finances publiques – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Éric TISON	Adjoint au sous-directeur de la protection sociale – ministère de l'Agriculture et de la Pêche
M ^{me} Françoise DUFRESNOY	Sous-directrice des Affaires juridiques et du Droit des entreprises – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. René SÈVE	Directeur général – Centre d'analyse stratégique (CAS)
M. Jean-Philippe GAUDEMET	Chef de Mission Sécurité sociale et action sociale – Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi – ministère de la Santé et des Sports – ministère du Budget,

N. des Comptes publics et de la Fonction publique
Mission de contrôle économique et financier
– CNAV

