

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2013
PRÉVISIONS 2014**

**RAPPORT
juin 2014**

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**

Anne-Sophie ANBAR	David HOYRUP
Blanche BASILIEN	Mathieu JARDIN
Nicolas BLANCHARD	Audrey LAFON
Pierrick BONNIEU-MILOT	Éric LEFEBVRE
Céline CAREL	Charlotte LESPAGNOL
Marianne CORNU PAUCHET	Alain MACÉ
Denis DARNAND	Mehdi MAMACHE
Matthieu DARNER	Grégoire MAYO
Mathilde DELPY	Katarina MILETIC-LACROIX
Emmanuel CHION	Ursule NGOUANA
Stéphanie CHORT	Léa RIVOT
Akram EL SAADANY	Bérénice RENARD
Sylvain GROGNET	Julien SAMAK
Leïla HACHEMI	Nicolas VANNI
Anne-Claire HOREL	

Pour l'ACOSS

Laure BERNÉ, Benjamin COLLIN, David JACQUIN, Christophe MORNET

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD, Vincent LEDROIT

Pour la MCP

Camille L'HERNAULT et Sophie MAISONNEUVE

Progiciel de génération du rapport

Laurent GAILLARD

Organisation : Francette BEAUNOIR, Monique HAENEL et Françoise HALBUTIER.

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

Table des matières

Les Comptes de la Sécurité Sociale 2014

1. SYNTHÈSE.....	7
2. LES RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL	21
2.1 Vue d'ensemble des recettes	22
2.2 Les cotisations.....	28
2.3 Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi.....	34
2.4 La CSG.....	38
2.5 Les prélèvements sur les salaires du secteur privé.....	40
2.6 Les prélèvements sur les autres revenus d'activité	46
2.7 Les créances sur les entreprises	48
2.8 Les prélèvements sociaux.....	50
2.9 Les impôts et taxes.....	54
2.10 Les prélèvements sur les revenus du capital.....	58
3. LES DÉPENSES DU RÉGIME GÉNÉRAL	63
3.1 Vue d'ensemble des dépenses	64
3.2 L'ONDAM en 2013 et 2014	68
3.3 La consommation de soins de ville	76
3.4 De l'ONDAM aux prestations de la CNAM.....	82
3.5 Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM	84
3.6 Les prestations de retraite.....	88
3.7 Les prestations familiales.....	94
3.8 Les aides au logement.....	98
3.9 La gestion administrative.....	100
3.10 L'action sociale	102
4. ECLAIRAGES	107
4.1 Les biologistes : démographie, activité, dynamique de la dépense.....	108
4.2 L'activité des séances en établissements de santé.....	112
4.3 Etat des lieux de l'offre de soins de psychiatrie	116
4.4 La régulation du prix des médicaments en Allemagne	120
4.5 La réforme du National Health Service (NHS).....	124
4.6 Le fonds d'intervention régional (FIR).....	128
4.7 Les coûts liés aux cancers professionnels pour la branche AT – MP	132
4.8 Bilan de la retraite anticipée pour longue carrière.....	136
4.9 Enseignements de l'enquête comportement de départ en retraite.....	140
4.10 Le développement de la garde d'enfants	144
5. LA TRÉSORERIE DU RÉGIME GÉNÉRAL	149
5.1 Les charges et produits financiers de l'ACOSS	150
5.2 Du résultat comptable à la variation de trésorerie.....	154

6. LES COMPTES DU REGIME GENERAL ET DES ORGANISMES CONCOURANT A SON FINANCEMENT	157
6.1 Les comptes de la branche maladie.....	158
6.2 Les comptes de la branche AT-MP	162
6.3 Les comptes de la branche vieillesse	166
6.4 Les comptes de la branche famille	170
6.5 Les transferts.....	174
6.6 Les consolidations.....	178
6.7 La contribution du régime général au besoin de financement des ASSO	182
6.8 Les comptes du FSV	186
6.9 Les comptes du FRR.....	190
6.10 Les comptes de la CNSA	192
6.11 Les comptes de la CADES	196
7. ANNEXES	201

1. SYNTHÈSE

1. Un environnement économique en amélioration fragile

La croissance du PIB reste faible

La croissance économique en France est restée faible en 2013 (+0,3% en volume) tout en étant supérieure à celle de la zone Euro (-0,4%). Elle s'établit en léger retrait par rapport à l'Allemagne (+0,4%) mais nettement derrière le Royaume-Uni (+1,7%) et les Etats-Unis (+1,9%).

Tableau 1 • Evolution du PIB en volume dans différents pays

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
France	-0,1	-3,1	1,7	2,1	0,3	0,3
Allemagne	1,1	-5,1	4,0	3,3	0,7	0,4
Italie	-1,2	-5,5	1,7	0,4	-2,4	-1,9
Royaume-Uni	-0,8	-5,2	1,7	1,1	0,3	1,7
Zone euro (18 pays)	0,4	-4,5	1,9	1,6	-0,7	-0,4
États-Unis	-0,3	-2,8	2,5	1,8	2,8	1,9
Japon	-1,0	-5,5	4,7	-0,5	1,4	1,6
Brésil	5,2	-0,3	7,5	2,7	1,0	2,3
Chine	9,6	9,2	10,4	9,3	7,7	7,7
Inde	6,1	5,2	11,1	7,8	4,9	4,5

Source : Eurostat, 30 mai 2014, pour les pays de l'UE ; OCDE, mai 2014, pour les Etats-Unis, le Japon, le Brésil, l'Inde et la Chine.

La situation économique française devrait s'améliorer en 2014. Les hypothèses de croissance sous-jacentes au programme de stabilité prévoient, pour 2014, une progression de 1% du PIB en volume (2,2% en valeur).

Cette hypothèse de croissance du PIB pour 2014 a été jugée « plausible » par le Haut conseil des finances publiques dans son avis rendu le 22 avril 2014 sur les hypothèses macroéconomiques du programme de stabilité notifié à la Commission Européenne. Il a néanmoins noté que le contenu en emploi de la croissance pourrait être un peu moins favorable que prévu par le gouvernement.

Par ailleurs, la stabilité du PIB au premier trimestre 2014, sans remettre en cause la prévision de croissance de 1%, révèle néanmoins la fragilité de la situation économique qui reste marquée par l'atonie de la consommation et des investissements.

Tableau 2 • Principales hypothèses économiques

	2011	2012	2013	2014 (p)
Produit intérieur brut (PIB)				
Volume	2,1%	0,3%	0,3%	1,0%
Valeur	3,0%	1,5%	1,1%	2,2%
Masse salariale				
Secteur privé champ URSSAF	3,6%	2,1%	1,2%	2,2%
<i>Emploi</i>	1,1%	0,0%	-0,6%	0,1%
<i>Salaire moyen</i>	2,5%	2,2%	1,8%	2,1%
<i>masse salariale plafonnée</i>	3,4%	2,5%	1,2%	1,8%
Plafond de la sécurité sociale				
Montant annuel en euros	35 352	36 372	37 032	37 548
Variation en %	2,1%	2,9%	1,8%	1,4%
Hausse des prix et taux de revalorisation				
Prix hors tabac	2,1%	1,9%	0,7%	1,1%
Revalorisation de la BMAF au 1 ^{er} avril	1,5%	1,0%	1,2%	0,6%
Effet en moyenne annuelle	1,50%	0,75%	1,15%	0,75%
Revalorisation des pensions au 1 ^{er} avril*	2,1%	2,1%	1,3%	0,6%
Effet en moyenne annuelle	1,80%	2,10%	1,50%	0,47%

* A compter de 2014, la revalorisation des pensions de retraite est faite au 1^{er} octobre.

Atone en 2013, la masse salariale devrait connaître une légère reprise en 2014

La détérioration du niveau de l'emploi salarié dans le champ URSSAF en 2013 (-0,6%) et la modération de la croissance du salaire moyen ont pesé sur l'évolution de la masse salariale qui n'a progressé que de 1,2% en 2013 (contre 2,1% en 2012), freinant ainsi la croissance spontanée des recettes affectées à la sécurité sociale.

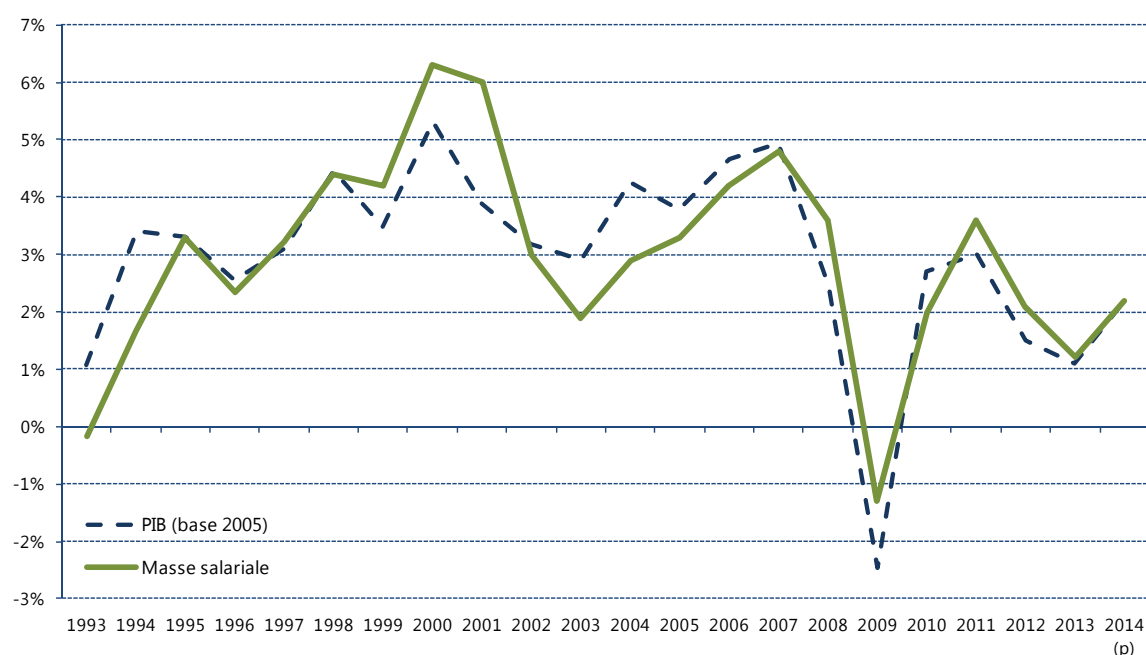
La légère amélioration de la situation de l'emploi prévue en 2014 (+0,1%) et une progression un peu plus rapide du salaire moyen devraient permettre une croissance de 2,2% de la masse salariale du secteur privé (champ URSSAF). Or un point supplémentaire de croissance de la masse salariale permet près de 2 Md€ de recettes supplémentaires au régime général.

Une inflation toujours modérée

L'inflation, mesurée par l'indice des prix à la consommation, a été historiquement basse en 2013 (+0,7%). Ce faible niveau d'inflation se poursuit en glissement en avril 2014, résultant pour l'essentiel d'une baisse des prix de l'énergie (-4,7% sur un an). Les prix des produits manufacturés ont baissé de 0,7% sur un an, tout comme les prix des produits alimentaires (-0,6%), alors que les prix des services s'accroissent. En 2014, l'inflation pourrait atteindre 1,1%.

Le faible niveau d'inflation de 2013 et prévu pour 2014 permet de réduire la charge d'indexation des prestations familiales et des pensions de retraite en 2013 ainsi qu'en 2014.

Graphique 1 • Evolution du PIB et de la masse salariale (1993-2014)



2. Une réduction des déficits qui marque le pas en 2013 et 2014

Avertissement : les commentaires relatifs aux évolutions tendanciennes pour 2014 n'intègrent pas les mesures susceptibles d'être adoptées dans le cadre du PLFRSS et du PLFR annoncés par le gouvernement pour juin 2014. La prise en compte des dispositions annoncées comme devant être présentées dans ces projets de lois se traduira par une diminution du déficit prévisionnel pour 2014.

Le déficit du régime général et du FSV s'élève à 15,4 Md€ en 2013

Le déficit du régime général de sécurité sociale et du FSV devrait s'établir à 15,4 Md€ en 2013, après 17,5 Md€ en 2012. Après le niveau historique de 2010, le déficit s'était réduit sensiblement en 2011 (de 7,1 Md€) puis en 2012 (de 3,4 Md€). L'année 2013 marque un nouveau ralentissement du rythme de baisse du déficit (-2,1 Md€). Cette inflexion, malgré des apports de recettes importantes, s'explique par la dégradation de la conjoncture et le ralentissement de la masse salariale en 2013.

Le déficit constaté en 2013 est supérieur de 1,2 Md€ au déficit prévu par la LFSS pour 2013. La réduction du déficit par rapport à 2012 a porté sur le FSV et, dans une moindre mesure, sur le régime général.

Graphique 2 • Soldes du régime général (1999-2014)

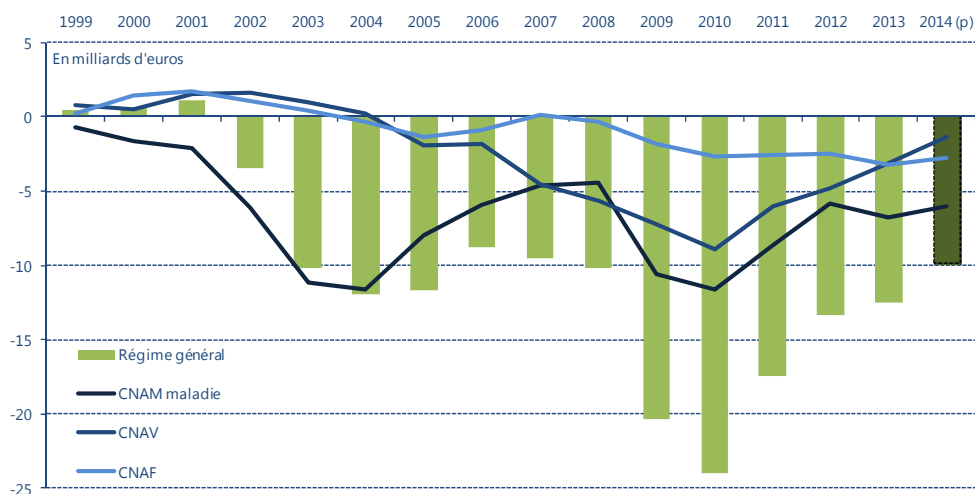


Tableau 3 • Soldes du régime général et du FSV

	en milliards d'euros						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (LFSS)	2014 (p)
Maladie	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-6,8	-6,1	-6,1
Accidents du travail	-0,7	-0,7	-0,2	-0,2	0,6	0,1	0,3
Retraite	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	-3,1	-1,3	-1,4
Famille	-1,8	-2,7	-2,6	-2,5	-3,2	-2,3	-2,8
Régime général	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3	-12,5	-9,6	-9,9
FSV	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	-2,9	-3,4	-3,5
Vieillesse y compris FSV	-10,4	-13,0	-9,5	-8,9	-6,0	-4,6	-4,9
Régime général + FSV	-23,5	-28,0	-20,9	-17,5	-15,4	-13,0	-13,4

Source : DSS/SDEPF/6A

Régime général : un déficit en baisse légère en 2013

La réduction du déficit du régime général amorcée en 2011 et 2012 connaît un sensible ralentissement en 2013. Les recettes sont affectées par le ralentissement très sensible de la croissance de la masse salariale. Leur évolution est toutefois rehaussée d'un peu plus de 1,5 point par l'apport de ressources nouvelles. Au total, la croissance des produits (3,1%) a néanmoins été supérieure à celle des charges (2,7%).

Tableau 4 • Evolution des charges nettes et des produits nets du régime général

	en %					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)
Charges nettes	3,3%	2,4%	2,8%	2,9%	2,7%	2,5%
Produits nets	-0,2%	1,3%	5,3%	4,4%	3,1%	3,4%
Ecart	-3,5%	-1,1%	2,5%	1,5%	0,4%	0,9%

Les évolutions des soldes des branches du régime général sont très contrastées en 2013 : le déficit de la CNAV se réduit de 1,7 Md€ et le solde de la branche AT-MP du régime général, en déficit depuis 2009, devient positif. En revanche, les déficits de la branche maladie et de la branche famille se dégradent, respectivement, de 0,9 Md€ et 0,7 Md€.

Fonds de solidarité vieillesse : un déficit réduit en 2013

Le FSV, dont la situation est profondément déficitaire depuis 2009, voit son solde s'améliorer de 1,3 Md€ en 2013 grâce à l'apport de recettes nouvelles (CSG, forfait social, CSSS). Son déficit s'établirait à 2,9 Md€, après 4,1 Md€ en 2012.

Les écarts par rapport aux prévisions des LFSS pour 2013 et 2014

Par rapport à la LFSS pour 2013, le déficit est accru de 0,8 Md€ pour le régime général et de 0,4 Md€ pour le FSV. L'accroissement du déficit par rapport aux montants prévus par la LFSS pour 2013 résulte de recettes moins dynamiques que prévu, notamment en ce qui concerne les impôts et taxes affectés. L'écart le plus important concerne le déficit de la branche maladie du régime général, prévu initialement à 5,3 Md€ et qui ressort 6,8 Md€.

Par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2014, le régime général voit son déficit s'améliorer de 0,8 Md€ et celui du FSV se dégrader de 0,1 Md€. Les principaux écarts portent sur le déficit de la branche maladie, diminué de 0,8 Md€ par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2014, le déficit de la famille, en aggravation de 0,5 Md€, et l'excédent de la branche AT-MP, qui est revu à la hausse de 0,3 Md€.

Pour 2014, un déficit prévisionnel réduit mais moins qu'attendu

Avant les éventuelles mesures de la loi de financement rectificative qui doit être présentée au Parlement dans les prochaines semaines, le déficit prévisionnel 2014 du régime général s'établirait à 9,9 Md€ et celui du FSV à 3,5 Md€ contre, respectivement, 9,6 Md€ et 3,4 Md€ prévu en LFSS pour 2014. Les résultats meilleurs qu'initialement prévu sur la branche AT-MP du régime général ne suffiraient pas à compenser une dégradation tendancielle sur la famille (déficit prévisionnel accru de 0,5 Md€) et, dans une moindre mesure, la retraite et le FSV (déficit prévisionnel majoré de 0,1 Md€ pour chacun).

La trésorerie de l'ACOSS et l'endettement de la CADES

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est élevé à -23,8 Md€ au 31 décembre 2013, après -16,6 Md€ fin 2012. La trésorerie s'est ainsi dégradée de 7,2 Md€ sur l'année 2013, malgré une reprise de dette de 7,7 Md€ par la CADES, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

La LFSS pour 2013 avait fixé le plafond de trésorerie de l'ACOSS à 29,5 Md€. Cette limite a été respectée avec un point bas en « brut », c'est-à-dire y compris les financements liés à la politique de gestion des risques financiers mise en place par l'ACOSS, à -29,3 Md€ atteint en avril 2013.

La progression de la charge de trésorerie supportée par l'ACOSS du fait d'un solde moyen passant de -8,1 Md€ en 2012 à -19 Md€ en 2013 a été atténuée par un coût de financement très bas.

En 2014, les besoins de trésorerie de l'ACOSS seront contenus sous l'effet notamment des reprises de dette par la CADES prévues par la LFSS pour 2011, mais également par la LFSS pour 2014 qui permet la reprise des déficits des branches maladie et famille dans la limite d'un montant total de dettes reprises plafonné à 10 Md€.

Ainsi, le besoin de financement moyen de l'ACOSS (23,5 Md€) serait en hausse contenue par rapport à 2013. La charge de trésorerie serait accrue par rapport à 2013 du fait essentiellement de la hausse du taux EONIA moyen observé depuis le début de l'année 2014.

En 2013, la CADES aura repris 10 Md€ de dette et en aura amorti 12,4 Md€. En 2014, 10 Md€ supplémentaires seront repris et 13 Md€ devraient être amortis. Depuis sa création en 1996 à fin 2014, la CADES aura ainsi repris 217 Md€ de dettes et en aura remboursé 130 Md€. Sur la base des reprises de dettes décidées et des prévisions de charges et de recettes, la CADES pourrait avoir remboursé la totalité de la dette sociale en 2024, sous réserve que de nouveaux déficits du régime général ne lui soient pas transférés.

3. Des recettes moins dynamiques qu'espéré mais une croissance des dépenses de prestations qui ralentit

En 2013, une progression ralentie des recettes du régime général

Les recettes du régime général reposant très largement sur les revenus d'activité du secteur privé ont subi l'impact du ralentissement de la masse salariale dont la croissance dans le secteur privé n'a été que de 1,2% après 2,1% en 2012. En revanche, l'effet en année pleine des mesures prises en 2012 a permis de porter la croissance des produits nets à 3,1%, même si le rendement global des impôts et taxes affectés a été inférieur de 0,5 Md€ à ce qui était prévu en LFSS pour 2014.

Au total, les cotisations du régime général ont augmenté de 3,2% en 2013, sensiblement plus vite que la masse salariale du secteur privé (1,2%) en raison des hausses de cotisations et de la forte réduction des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires.

Les recettes de CSG du régime général et du FSV n'ont progressé que de 1,4% (après 4,1% en 2012) en raison de l'atonie des revenus d'activité, du faible dynamisme des revenus du capital et du contrecoup de nombreuses régularisations comptables faites en 2012 sur la CSG des travailleurs indépendants.

Le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social, prélèvement social additionnel et prélèvement de solidarité) s'est élevé à 19,8 Md€. Il n'est en progression que de 0,6% par rapport à 2012 (après +18,4% en 2012 et +25,8% en 2011). En effet, malgré un impact positif des mesures nouvelles, notamment l'impact en année pleine de la hausse du taux global des prélèvements sociaux de 13,5% à 15,5% et de l'assujettissement des revenus immobiliers des non résidents fiscaux (revenus fonciers et plus-values immobilières), qui contribuent pour plus de 9 points à la croissance totale du rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, les recettes 2013 sont en quasi stagnation. Hors mesures nouvelles, l'évolution spontanée de ces recettes est négative (-8,5%) correspondant à deux évolutions contraires : une progression des prélèvements sur les revenus du patrimoine (+3,8%) et une baisse sensible des prélèvements sur les produits de placement (-15,9%).

En 2014, des recettes plus dynamiques mais inférieures aux prévisions de la LFSS

La progression des recettes du régime général devrait atteindre 3,4% en 2014 tandis que celles du FSV seraient stables par rapport à 2013.

Plus de la moitié de la progression globale des recettes du régime général résulterait de la poursuite des hausses de taux de cotisation vieillesse décidées en juillet 2012 pour financer les « carrières longues » (+0,5 Md€) et, surtout, des mesures nouvelles de financement adoptées dans le cadre des lois votées fin 2013 (LFSS, LFI 2014, LFR 2013 et loi portant réforme des retraites) :

- augmentation du taux de cotisation vieillesse, dont une partie est toutefois neutralisée par une baisse du taux de cotisation famille, ces deux opérations se traduisant par environ 1 Md€ de recettes supplémentaires ;
- affectation supplémentaire de TVA nette pour 3 Md€, afin de compenser à la sécurité sociale la perte de recettes liée à la baisse du taux de cotisation famille, et d'affecter à la sécurité sociale le surcroît d'impôt sur le revenu résultant de la baisse du plafond du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs aux contrats collectifs ;
- la réforme du cadre d'assujettissement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (suppression des « taux historiques » sur les assurances-vie) ;

Le régime général devrait, par ailleurs, bénéficier de transferts en provenance de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) à hauteur de 170 M€. Enfin le FSV bénéficiera en 2014 des réserves de CSSS pour un montant de 0,8 Md€ et, comme en 2013, de la réaffectation d'un quantum de CSG affecté à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie correspondant au produit 2014 de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie perçu par cette dernière.

Au total, les recettes du régime général et du FSV devraient être inférieures de près de 1,7 Md€ au montant prévu en LFSS pour 2014. Les moindres recettes concerneraient essentiellement les impôts et taxes affectés, et notamment les prélèvements sociaux sur le capital.

Des dépenses de prestations dont la croissance ralentit

Les charges nettes du régime général s'élèvent à 336,5 M€ en 2013, en hausse de 2,7% par rapport à 2012. En 2014, elles augmenteraient de 2,5% pour atteindre 344,8 Md€.

Les charges nettes sont constituées principalement des prestations sociales nettes (92,6%). Le reste des dépenses se décompose en transferts entre organismes, dépenses de gestion administrative, frais financiers et autres dépenses.

Par leur poids et leur dynamisme, les dépenses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse sont celles qui contribuent le plus à la croissance des dépenses du régime général. Leur part respective dans les dépenses est de 47% et 33% en 2013, tandis que les dépenses des branches famille (17%) et AT-MP (3%) ont un poids plus faible.

Les dépenses de la branche vieillesse sont les plus dynamiques en 2013 (+3,9%) mais leur croissance devrait diminuer en 2014 (+2,2%). Les dépenses d'assurance maladie, moins dynamiques en 2013 (+2,4%), croîtraient au même rythme en 2014. Les dépenses de la branche famille continueraient à ralentir en 2014 (+2,5% après 2,8% en 2013 et 3,1% en 2012).

La croissance des prestations nettes du régime général – principale composante des charges – suivraient les mêmes évolutions (+2,9% en 2013 et +2,5% en 2014), toutefois différenciées selon les branches : fort dynamisme des dépenses de retraites et baisse des dépenses AT-MP en 2013 ; inflexion des taux de croissance des dépenses des branches vieillesse et famille prévue en 2014.

Tableau 5 • Croissance des prestations nettes du régime général par branche

	2011		2012		2013		2014 (p)	
	Md€	%	Md€	%	Md€	%	Md€	%
Maladie	144,9	2,8%	148,9	2,7%	152,5	2,5%	156,9	2,9%
Accidents du travail	7,9	2,8%	8,0	1,0%	8,0	-0,5%	8,2	2,9%
Retraite	97,8	4,6%	101,6	3,9%	105,6	4,0%	108,3	2,5%
Famille	34,7	1,5%	35,7	3,0%	36,6	2,4%	37,0	1,2%
Régime général	285,4	3,3%	294,2	3,1%	302,7	2,9%	310,3	2,5%

Source : DSS/SDEPF/6A

Les dépenses du champ de l'ONDAM

Pour la quatrième année consécutive, l'objectif fixé par la LFSS a été respecté : les dépenses d'assurance maladie sont estimées à 174,0 Md€ en 2013, soit une sous-exécution de 1,4 Md€. Elle résulte, pour partie d'un effet base, lié à la sous-exécution plus forte que prévu de l'ONDAM en 2012 (0,6 Md€). Par rapport à 2012, la progression des dépenses est limitée à 2,4%, alors que le taux de croissance de l'ONDAM prévu en LFSS était de 2,7%.

L'écart entre dépenses constatées et l'objectif voté porte essentiellement sur les soins de ville (-1,1 Md€), même si leur progression est plus rapide en 2013 (2,0%) qu'en 2012 (1,7%). Les dépenses d'indemnités journalières et de médicaments expliquent l'essentiel de la sous-exécution de l'ONDAM pour les soins de ville.

Les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé sont en hausse plus modérée que l'année précédente (2,4% en 2013 contre 2,6% en 2012), malgré un dépassement significatif des dépenses tarifées à l'activité des hôpitaux anciennement sous dotation globale (305 M€). Ce dépassement a été notamment compensé par une moindre dépense des cliniques privés (-165 M€) et l'annulation en fin d'année de crédits mis en réserve et de crédits non délégués (400 M€).

Lors de la préparation de la loi de financement pour 2014 en septembre 2013, les dépenses attendues de 2013 avaient été révisées à la baisse de 500 M€, puis de 150 M€ supplémentaires lors du débat parlementaire. Par rapport à cette estimation, le constat actuel fait apparaître une nouvelle révision à la baisse d'environ 0,8 Md€.

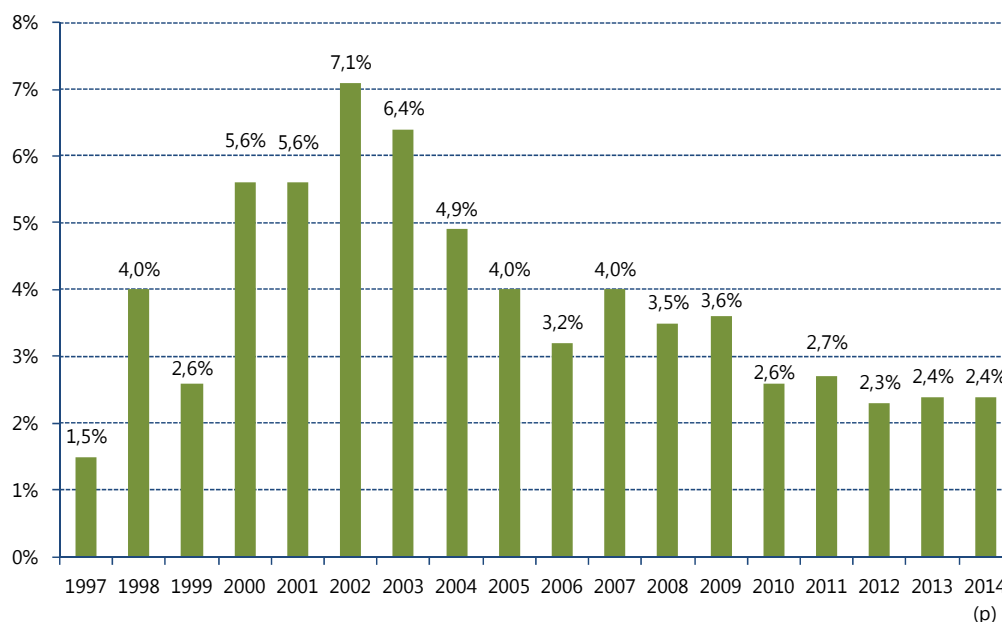
L'ONDAM pour 2014 a été construit sur la base d'une prévision de dépenses pour 2013 estimée à 174,8 Md€, d'un taux d'évolution spontané de 3,8% et d'un montant d'économies de 2,4 Md€ permettant de limiter la progression de l'ONDAM à 2,4%.

Le niveau effectif des dépenses 2013 crée un effet de base favorable pour 2014, estimé à 450 M€ pour les soins de ville.

Dans son avis du 27 mai 2014, le comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM a estimé que l'effet base hérité de la sous-exécution 2013 sur les soins de ville, soit 450 M€, pourrait être conservé en 2014, en raison notamment d'une épidémie grippale d'ampleur modérée. Il estime par ailleurs que le rendement des mesures d'économies intégrées à la construction de l'ONDAM 2014 devrait être conforme aux évaluations initiales, moyennant quelques incertitudes sur les prix de certains produits de santé. Le comité a considéré par ailleurs que la mise en réserve de 415 M€ de crédits à destination des établissements de santé permet de sécuriser le respect en niveau du sous-objectif associé.

La prévision tendancielle de l'ONDAM 2014 présentée prend en compte l'effet de base des dépenses de soins de ville et intègre de nouvelles mesures de mise en réserve de crédits, complémentaires à celles déjà effectuées.

Graphique 3 • Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



4. Les soldes par branche du régime général

Maladie : un déficit toujours élevé mais en réduction prévue en 2014

Malgré des dépenses maîtrisées, le déficit de la CNAM s'est creusé de 0,9 Md€ en 2013 en raison d'un net ralentissement dans la progression des recettes. Les prestations de la branche maladie dans le champ de l'ONDAM, qui représentent 87% des charges nettes de la CNAM, ont faiblement progressé en 2013 (+2,3% après +2,8% en 2012). Leur évolution modérée reflète la sous-exécution de l'ONDAM 2013. Les autres charges ont augmenté en 2013, tirées principalement par la croissance des prestations d'invalidité (qui se poursuivrait en 2014) et la hausse des dotations aux fonds hospitaliers. En 2014, les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM servies par la CNAM devraient progresser de 2,6% sous l'hypothèse d'une sous consommation d'environ 0,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS.

Tableau 6 • Charges et produits de la branche maladie du régime général

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Charges nettes	156 764	160 894	2,6	164 802	2,4	168 785	2,4
Prestations sociales nettes	145 926	150 123	2,9	153 623	2,3	157 889	2,8
Prestations nettes entrant dans le champ de l'ONDAM	136 121	139 922	2,8	143 077	2,3	146 845	2,6
Prestations nettes hors ONDAM	9 806	10 202	4,0	10 545	3,4	11 045	4,7
Transferts nets	4 635	4 542	-2,0	4 802	5,7	4 522	-5,8
Transferts vers les régimes de base	2 928	2 800	-4,4	2 804	0,2	2 594	-7,5
Autres transferts	1 707	1 742	2,1	1 998	14,7	1 928	-3,5
Charges de gestion courante	5 858	5 884	0,4	5 989	1,8	5 903	-1,4
Autres charges nettes	344	345	0,1	387	12,4	470	21,4
Produits nets	148 167	155 042	4,6	158 015	1,9	162 728	3,0
Cotisations, impôts et taxes nets	143 582	150 106	4,5	152 155	1,4	156 504	2,9
Cotisations sociales nettes	70 869	72 577	2,4	74 016	2,0	75 887	2,5
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 082	1 066	-1,5	1 011	-5,2	960	-5,0
CSG nette	52 897	55 018	4,0	55 428	0,7	55 325	-0,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	18 734	21 444	14,5	21 700	1,2	24 332	12,1
Transferts nets	2 412	2 628	9,0	3 121	18,7	3 497	12,1
Transferts des régimes de base	1 533	1 703	11,1	2 073	21,8	2 337	12,7
Autres transferts	879	926	5,3	1 047	13,1	1 160	10,8
Autres produits nets	2 172	2 307	6,2	2 739	18,7	2 726	-0,5
Résultat net	-8 597	-5 852		-6 787		-6 057	

Source : DSS/SDEPF/6A

Les produits nets de la CNAM, qui avaient bénéficié en 2012 de l'apport de recettes nouvelles, ont vu leur progression ralentir fortement en 2013 (1,9% après 4,6% en 2012) en raison d'un freinage très marqué de la CSG nette (0,7% après 4,0% en 2012) ainsi que des recettes fiscales. En 2014, la croissance des produits nets devrait s'accélérer (+3%), grâce à l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA nette et à l'attribution d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital. Ces nouvelles recettes feraient en effet plus que compenser la baisse de la CSG nette et la perte du forfait social et des prélèvements sur les stocks options et sur les jeux de 2014.

Compte tenu de ces éléments, le solde de la branche maladie devrait s'améliorer de 0,7 Md€ en 2014.

Accidents du travail et maladies professionnelles : la branche renoue avec les excédents

Tableau 7 • Charges et produits de la branche accidents du travail / maladies professionnelles du régime général

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Charges nettes	11 560	11 698	1,2	11 333	-3,1	11 823	4,3
Prestations sociales nettes	8 130	8 774	7,9	8 697	-0,9	8 889	2,2
Prestations légales nettes	7 919	7 996	1,0	7 958	-0,5	8 193	2,9
Autres prestations	211	777	++	739	-4,9	696	-5,8
Transferts nets	2 531	2 009	-20,6	1 711	-14,8	2 023	18,3
Transferts entre organismes	1 290	1 689	30,9	1 563	-7,4	1 558	-0,3
Participations aux financements de fonds et organismes	1 241	320	--	147	--	465	++
Autres charges nettes	899	916	1,8	925	1,0	911	-1,5
Produits nets	11 339	11 524	1,6	11 971	3,9	12 150	1,5
Cotisations nettes, impôts et produits affectés	11 033	11 262	2,1	11 637	3,3	11 851	1,8
Cotisations sociales nettes	10 726	10 958	2,2	11 506	5,0	11 723	1,9
Contributions, impôts et taxes	296	293	-1,0	117	--	114	-2,7
Autres	12	11	-7,0	13	22,7	14	5,3
Autres produits nets	306	263	-14,1	335	27,4	299	-10,7
Résultat net	-221	-174		638		327	

Source : DSS/SDEPF/6A

La CNAM AT-MP est passée en excédent en 2013 du fait d'une hausse des produits nets et une baisse des charges nettes. La croissance des produits a résulté de la forte hausse du produit des cotisations sociales suite notamment à la hausse du taux moyen de cotisation de la branche, mais également d'un accroissement important des produits nets de recours contre tiers. Les charges nettes ont diminué en raison d'une baisse de la dotation au FIVA et d'une baisse des prestations sociales.

En 2014, du fait d'une forte hausse de la dotation au FIVA, les charges nettes devraient progresser plus rapidement que les recettes entraînant une légère baisse de l'excédent dégagé en 2013.

Retraite : Un déficit qui se réduit

En 2013, le déficit du régime général s'est élevé à 3,1 Md€ (après 4,8 Md€ en 2012), soit une amélioration de 1,6 Md€. Sous réserve des dispositions prévues en LFSS rectificative, le déficit se réduirait également en 2014 pour atteindre 1,4 Md€.

Les charges nettes ont progressé plus rapidement en 2013 (+3,9% après +3,5% en 2012). L'augmentation des effectifs de retraités, liée aux évolutions heurtées des flux de départs en retraite suite à la réforme de 2010 et à l'élargissement du dispositif de retraite anticipée permis par le décret du 2 juillet 2012, a toutefois été partiellement compensée par une moindre revalorisation des pensions. L'accélération des charges nettes est également imputable aux transferts de compensation généralisée vieillesse, qui ont crû de 8,5% en 2013.

Tableau 8 • Charges et produits de la branche retraite du régime général

	<i>en millions d'euros</i>						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Charges nettes	106 528	110 238	3,5	114 554	3,9	117 091	2,2
Prestations sociales nettes	98 150	101 953	3,9	105 901	3,9	108 572	2,5
Prestations légales nettes	97 808	101 578	3,9	105 598	4,0	108 260	2,5
Prestations extralégales nettes	341	374	9,6	303	-19,0	312	2,9
Transferts nets	6 860	6 834	-0,4	7 151	4,6	7 066	-1,2
Transferts entre organismes	6 818	6 791	-0,4	7 108	4,7	7 022	-1,2
Transferts des régimes de base avec les fonds	42	43	2,2	44	1,4	44	1,1
Autres charges nettes	1 518	1 451	-4,4	1 502	3,5	1 453	-3,3
Produits nets	100 511	105 451	4,9	111 415	5,7	115 705	3,9
Cotisations, contributions et impôts nets	74 935	78 066	4,2	82 708	5,9	86 051	4,0
Cotisations sociales nettes	63 515	65 978	3,9	69 523	5,4	72 515	4,3
Cotisations prises en charge par l'État nettes	917	887	-3,3	934	5,4	924	-1,1
Contributions, impôts et taxes	10 503	11 201	6,6	12 251	9,4	12 612	3,0
Transferts nets	25 320	27 112	7,1	28 487	5,1	29 437	3,3
Transferts entre régimes de base	6 212	6 409	3,2	6 918	7,9	7 158	3,5
Transferts des régimes de base avec les fonds	19 108	20 704	8,4	21 569	4,1	22 279	3,3
Autres produits nets	256	273	6,5	219	-19,6	218	-0,9
Résultat net	-6 017	-4 787		-3 139		-1 386	

Source : DSS/SDEPF/6A

En 2014, les moindres départs en retraite et la plus faible revalorisation des pensions, résultant notamment du décalage de 6 mois de la revalorisation des pensions en application de la loi du 20 janvier 2014, devraient limiter la progression des charges nettes (+2,2%).

Les produits nets sont restés dynamiques en 2013 (+5,7% après +4,9% en 2012), notamment grâce aux mesures nouvelles. Les cotisations sociales nettes ont fortement progressé sous l'effet de la hausse du taux de cotisation entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2012 et de la suppression des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires. L'affectation d'une fraction du forfait social, dont le taux a été relevé de 8% à 20% en août 2012, et la majoration du taux de prélèvement social sur les revenus du capital contribuent fortement à la hausse des produits. Ces effets sont renforcés par une progression des transferts.

En 2014, les hausses de taux de cotisation prévues par le décret du 2 juillet 2012 et la loi du 20 janvier 2014 devraient permettre une progression de 4,3% des cotisations. Les transferts perçus par la CNAV progresseraient de 3,3%, principalement sous l'effet des prises en charge de cotisations au titre du chômage.

Famille : Le déficit se réduit, mais moins qu'attendu

En déficit récurrent depuis plusieurs années, la branche famille du régime général voit son déficit continuer de s'accroître en 2013 pour atteindre 3,2 Md€. Sous réserves des mesures éventuelles prévues par la LFSS rectificative, il devrait se réduire de 0,5 Md€ en 2014 mais dans des proportions inférieures à ce qui était prévu par la LFSS pour 2014.

En 2013, les charges nettes de la CNAF ont augmenté plus rapidement (+2,8%) que les produits nets (+1,5%), conduisant ainsi à une dégradation du déficit de 0,7 Md€ par rapport à 2012. Si les prestations ont connu une hausse modérée (+2,4%), les charges nettes de la CNAF ont notamment été portées par un transfert à la CNAV dynamique (+7,7%) au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Parallèlement, les produits nets de la CNAF ont pâti de la conjoncture économique, et notamment de cotisations sociales en faible croissance (+1,2%).

En 2014, la croissance des produits nets (+3,5%) serait plus rapide que la hausse des charges nettes (+2,4%), permettant ainsi une amélioration du solde de 0,5 Md€ par rapport à 2013. Malgré une forte croissance des prestations extralégales et des charges de gestion courante, la faible revalorisation de la BMAF (+0,75%) limiterait la progression des dépenses. La baisse du taux de cotisations et l'affectation de recettes supplémentaires au titre de la réforme du quotient familial expliquent la stabilité des cotisations et la forte augmentation de la CSG nette et des impôts et taxes.

Tableau 9 • Charges et produits de la branche famille du régime général

	<i>en millions d'euros</i>						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Charges nettes	54 568	56 275	3,1	57 826	2,8	59 244	2,5
Prestations sociales nettes	42 654	44 160	3,5	45 223	2,4	46 262	2,3
Prestations légales nettes	34 696	35 731	3,0	36 583	2,4	37 010	1,2
Prestations extralégales nettes	3 888	4 209	8,3	4 211	0,0	4 683	11,2
Financement du FNAL	4 070	4 220	3,7	4 430	5,0	4 568	3,1
Transferts nets	9 207	9 380	1,9	9 829	4,8	9 878	0,5
Autres charges nettes	2 707	2 736	1,1	2 773	1,4	3 104	11,9
Produits nets	51 978	53 772	3,5	54 593	1,5	56 490	3,5
Cotisations, impôts et taxes	51 139	52 903	3,5	53 707	1,5	55 657	3,6
Cotisations sociales nettes	33 566	34 577	3,0	34 985	1,2	35 026	0,1
Cotisations prises en charges par l'Etat nettes	528	522	-1,1	551	5,6	516	-6,5
CSG nette	9 265	9 676	4,4	9 753	0,8	10 701	9,7
Impôts, taxes et contributions sociales	7 780	8 127	4,5	8 418	3,6	9 414	11,8
Transferts nets	305	336	10,4	342	1,6	346	1,3
Autres produits nets	534	533	-0,3	544	2,1	487	-10,6
Résultat net	-2 591	-2 503		-3 233		-2 754	

Source : DSS/SD EPF/6A.

Note : la forte hausse des prestations extralégales et des autres charges nettes est, entre autres, imputable à la réforme du financement de la gestion administrative de la MSA à compter de 2014, qui conduit à inscrire dans les comptes de la CNAF des charges et des produits auparavant retranscrits dans les comptes de la branche famille de la MSA. Cette opération est théoriquement neutre sur le solde de la CNAF.

FSV : le déficit devrait s'accroître en 2014

Après s'être dégradé en 2012, le solde du FSV s'est amélioré de près de 1,3 Md€ en 2013 pour atteindre -2,9 Md€. Le déficit du fonds s'accroîtrait à nouveau en 2014 (-3,5 Md€).

Les charges nettes ont progressé moins rapidement en 2013 (+4,5% après +7,5% en 2012). Les prises en charge de cotisations ont fortement crû (+7,1%), reflétant la situation macroéconomique et le niveau élevé du chômage. Les prises en charge de prestations ont stagné en 2013, contrastant avec le dynamisme de 2012 dû au montant des dépenses versées au titre du minimum contributif.

En 2014, l'évolution des dépenses nettes du fonds (+3,4%) resterait étroitement liée aux prises en charge de cotisations au titre du chômage.

Les produits nets ont fortement augmenté en 2013 (+14,5%), suite à l'affectation de nouvelles recettes. La CSG nette a progressé de 5,3%, sous l'effet de l'augmentation de 0,036 point du taux de CSG affecté au FSV. Par ailleurs, la réforme du financement du régime des travailleurs indépendants décidée en LFSS pour 2013

a permis de libérer un montant plus élevé de CSSS. Enfin, l'augmentation du taux du forfait social (passant de 8 à 20%), jouant en année pleine, a entraîné une hausse de 0,8 Md€ de cette recette.

En 2014, les recettes stagneraient à 16,8 Md€ : le surplus de CSG et de recettes fiscales compenserait la perte de 1 Md€ liée à la baisse de la fraction du forfait social affectée au FSV.

Tableau 10 • Charges et produits du FSV

	<i>en millions d'euros</i>						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Charges nettes	17 523	18 835	7,5	19 690	4,5	20 359	3,4
Transferts nets	17 377	18 693	7,6	19 540	4,5	20 208	3,4
Transferts des régimes de base avec les fonds	17 106	18 454	7,9	19 262	4,4	19 916	3,4
Prises en charge de cotisations	10 516	11 403	8,4	12 207	7,1	12 870	5,4
Prises en charge de prestations	6 590	7 051	7,0	7 054	0,0	7 046	-0,1
Transferts avec les régimes complémentaires	271	239	-11,9	278	16,2	292	5,1
Autres charges nettes	146	141	-3,2	150	6,4	151	0,4
Produits nets	14 074	14 697	4,4	16 835	14,5	16 821	-0,1
Contributions, impôts et taxes nets	14 050	14 687	4,5	16 834	14,6	16 823	-0,1
CSG et autres contributions	10 326	11 366	10,1	12 687	11,6	12 090	-4,7
CSG nette	9 646	10 064	4,3	10 598	5,3	10 981	3,6
Contributions sociales diverses	681	1 302	++	2 088	++	1 109	-46,9
Impôts et taxes	3 724	3 321	-10,8	4 148	24,9	4 733	14,1
Autres produits nets	23	10	--	0	--	-2	--
Résultat net	-3 450	-4 138		-2 855		-3 538	

Source : DSS/SD EPF/6A.

Graphique 4 • Evolution des soldes des branches du régime général et du FSV (2004-2014)

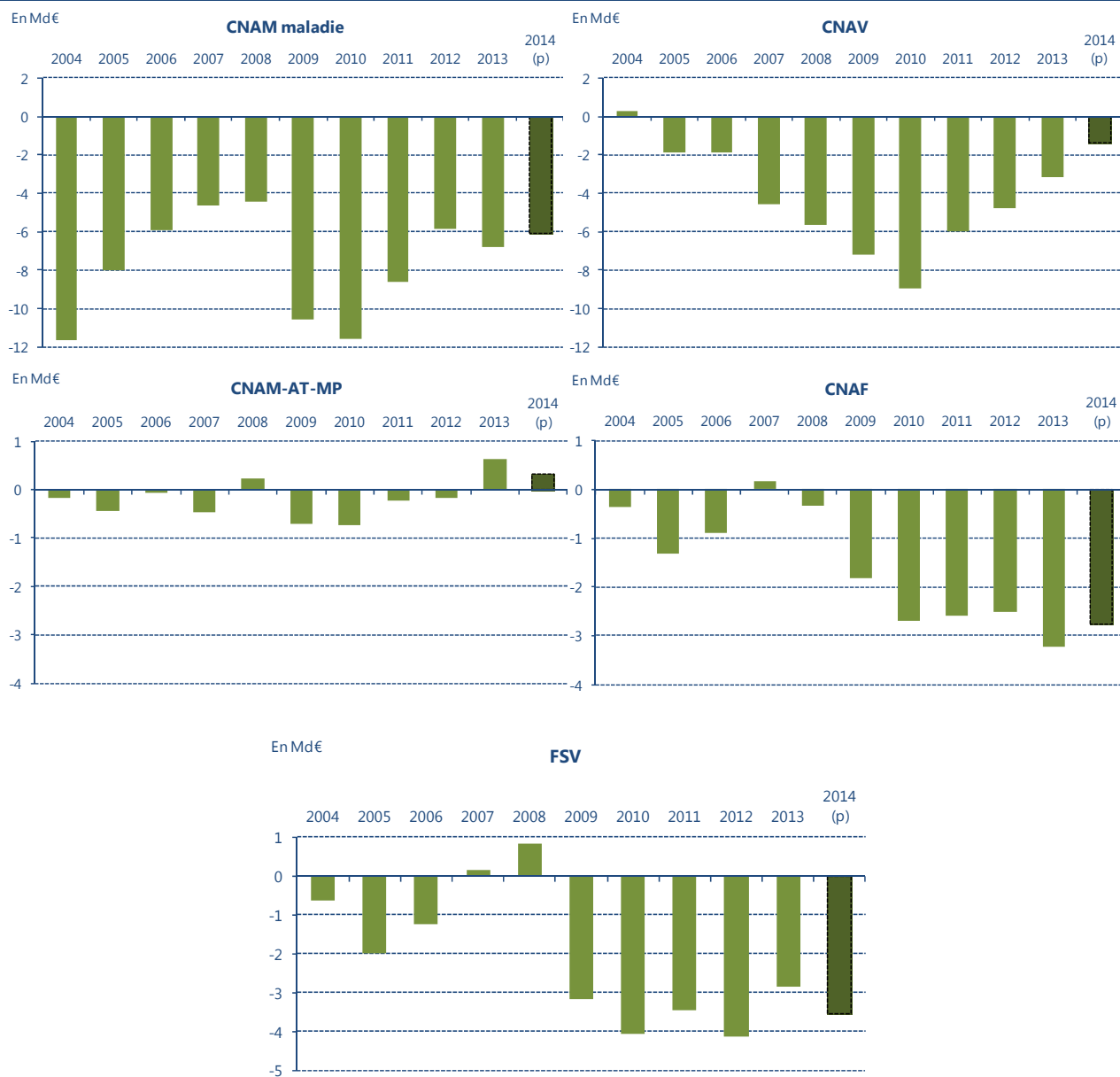


Tableau 11 • Evolution des charges, produits et soldes du régime général et du FSV

En milliards d'euros

	2011	2012	2013	2014 (p)
Maladie				
Recettes	148,2	155,0	158,0	162,7
		4,6%	1,9%	3,0%
Dépenses	156,8	160,9	164,8	168,8
		2,6%	2,4%	2,4%
Solde	-8,6	-5,9	-6,8	-6,1
AT/MP				
Recettes	11,3	11,5	12,0	12,1
		1,6%	3,9%	1,5%
Dépenses	11,6	11,7	11,3	11,8
		1,2%	-3,1%	4,3%
Solde	-0,2	-0,2	0,6	0,3
Vieillesse				
Recettes	100,5	105,5	111,4	115,7
		4,9%	5,7%	3,9%
Dépenses	106,5	110,2	114,6	117,1
		3,5%	3,9%	2,2%
Solde	-6,0	-4,8	-3,1	-1,4
Famille				
Recettes	52,0	53,8	54,6	56,5
		3,5%	1,5%	3,5%
Dépenses	54,6	56,3	57,8	59,2
		3,1%	2,8%	2,5%
Solde	-2,6	-2,5	-3,2	-2,8
Régime général				
Recettes	301,0	314,2	324,0	334,9
		4,4%	3,1%	3,4%
Dépenses	318,4	327,5	336,5	344,8
		2,9%	2,7%	2,5%
Solde	-17,4	-13,3	-12,5	-9,9
FSV				
Recettes	14,1	14,7	16,8	16,8
		4,4%	14,5%	-0,1%
Dépenses	17,5	18,8	19,7	20,4
		7,5%	4,5%	3,4%
Solde	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5

Tableau 12 • Sensibilité du solde du régime général aux hypothèses macroéconomiques retenues pour la prévision

En millions d'euros

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAV	CNAF	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	980	110	580	320	1 990
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 340	40			1 380
Inflation : impact (en année pleine) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation des prestations retraite et famille			1 060	300	1 360

Source : DSS/SD6/6A

2. LES RECETTES DU REGIME GENERAL

2.1 Vue d'ensemble des recettes

Les ressources affectées au régime général et au FSV se décomposent en sept grandes catégories de recettes (cf. tableau 1) : les cotisations, la CSG, les prises en charge de cotisations par l'État, les recettes fiscales, diverses contributions sociales, et les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers, tels que la CNSA ou le FSV). Elles se sont élevées à 323 Md€ en 2013, soit une hausse de 3,6% par rapport à 2012. Elles devraient croître de 3,2% en 2014 pour atteindre 333,4 Md€. Les cotisations constituent la part la plus importante de ces recettes : elles représentent 58% de l'ensemble des produits reçus par le régime général et le FSV. La part de la CSG s'établit à 24%, et celle des impôts, taxes et autres contributions sociales hors CSG à 15%.

L'ensemble des données présentées ici sont nettes des charges sur les produits (cf. fiches 2.7 et 6.6).

Les cotisations affectées au régime général¹ se sont élevées à 188,4 Md€ en 2013, en hausse de 3,2% et devraient atteindre 193,5 Md€ en 2014

L'évolution de la masse salariale (1,2% en 2013 et 2,2% en 2014 pour le secteur privé) et les diverses mesures des lois de financement de la sécurité sociale et des lois de finances rectificatives (notamment des hausses de cotisation vieillesse et AT-MP), sont les principaux déterminants de la croissance de recettes de cotisation du régime général et du secteur privé. Celle-ci s'est établie à 3,2% en 2013, et devrait s'élever à 2,7% en 2014 (cf. tableau 2). Les cotisations sont presque intégralement assises sur les revenus d'activité : la part patronale des cotisations sociales des salariés représente 79%, la part salariale 19% et les cotisations des travailleurs indépendants 2% du total des cotisations. Leur évolution est fortement dépendante de la croissance de la masse salariale et des hausses des taux de cotisations (cf. graphique 2 et fiches 2.5 et 2.6, consacrées aux prélèvements sur les revenus d'activité). Les cotisations sur revenus de remplacement sont prélevées sur les indemnités chômage, les préretraites et les retraites complémentaires et ne représentent que 0,3% de l'ensemble des produits de cotisations. Ces ressources sont affectées en majorité aux branches vieillesse et maladie (cf. fiche 2.2).

La CSG a dégagé une recette nette totale de 90,5 Md€ en 2013, en faible progression (+1%), sa croissance devrait accélérer en 2014 pour s'établir à 1,7%

Les recettes nettes de CSG tous attributaires ont augmenté de 1% en 2013 soit 2,9 points de moins que l'année précédente (cf. tableau 3). Ce ralentissement est principalement imputable à celui de la CSG sur les revenus d'activité qui représente 70% du total (cf. graphique 3) et dont la croissance a été limitée à 0,9% en 2013 en raison du faible dynamisme de la masse salariale et du contrecoup des importantes régularisations comptables sur le champ des travailleurs indépendants. (cf. fiches 2.5 et 2.6, qui analysent l'évolution des recettes sur les revenus d'activité). La CSG sur les revenus de remplacement a augmenté de 4,6% en 2013 et devrait progresser deux fois moins vite en 2014. La CSG sur les revenus du patrimoine a également été dynamique (+4,4%) alors que la CSG sur les revenus du capital a fortement baissé en 2013 (-14,3%). Le rendement de la CSG sur les revenus du capital continuerait de baisser en 2014, mais à un rythme beaucoup plus faible (-2,9%, cf. fiche 2.10, consacrée aux prélèvements sur les revenus du capital). La CSG bénéficie principalement à la CNAM. L'année 2014 sera toutefois marquée par la modification des clés de répartition de la CSG (cf. *infra*) qui conduira à d'importants transferts de masses financières entre ses affectataires (cf. fiche 2.4, qui présente la répartition de la CSG par attributaire).

10,8 Md€ de contributions sociales et 38 Md€ d'impôts et taxes ont été affectés au régime général et au FSV en 2013

En complément des cotisations et de la CSG, le régime général et le FSV bénéficient d'autres prélèvements sociaux, assis sur des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales. Ces contributions ont augmenté de 32% en 2013 (26% pour celles attribuées aux branches du régime général), mais ne croîtraient que de 1,4% en 2014 pour atteindre 10,9 Md€ (+13% pour le régime général, mais une réduction de moitié des recettes attribuées au FSV, cf. tableau 5).

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

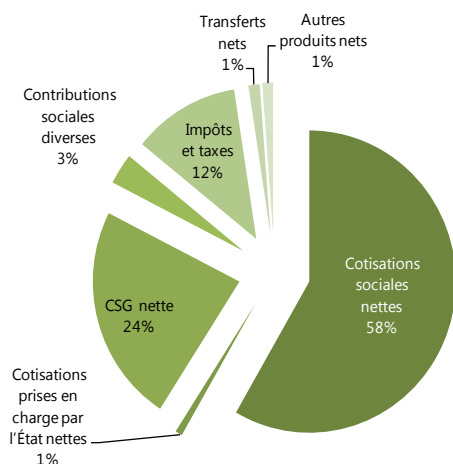
Tableau 1 • Ressources nettes du régime général et du FSV, par catégorie de recettes

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Cotisations sociales nettes	177 272	182 503	3,0	188 396	3,2	193 475	2,7
Cotisations prises en charge par l'État nettes	2 532	2 476	-2,2	2 499	0,9	2 402	-3,9
Contributions, impôts et taxes	113 323	120 241	6,1	124 282	3,4	129 102	3,9
CSG nette	71 553	74 502	4,1	75 518	1,4	76 740	1,6
Contributions sociales diverses	5 261	8 186	55,6	10 780	31,7	10 935	1,4
Impôts et taxes	36 509	37 553	2,9	37 983	1,1	41 426	9,1
Transferts nets	3 137	3 291	4,9	4 036	22,6	4 654	15,3
Autres produits nets	3 258	3 345	2,7	3 804	13,7	3 691	-3,0
Total des produits nets du régime général et du FSV	299 522	311 856	4,1	323 016	3,6	333 324	3,2

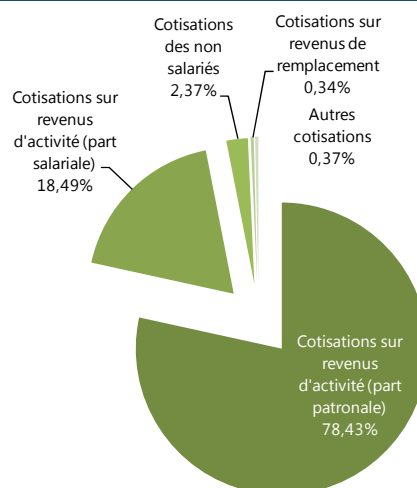
Source : DSS/SDEPF/6A

Nota : ce tableau présente les comptes consolidés du régime général et du FSV. En conséquence, les montants des transferts indiqués ne peuvent pas être comparés à ceux de la fiche 6.5 qui présente les transferts reçus par le régime général, y compris ceux du FSV

Graphique 1 • Répartition par catégorie de recettes des ressources du régime général et du FSV



Graphique 2 • Répartition des recettes de cotisation selon l'assiette de revenus (2013)



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Cotisations nettes du régime général et du FSV, par assiette de revenus

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Cotisations sur revenus d'activité	179 182	184 854	3,2	190 403	3,0	195 606	2,7
Salariés	175 066	180 125	2,9	185 859	3,2	191 050	2,8
part patronale	144 180	147 590	2,4	150 398	1,9	153 776	2,2
part salariale	30 885	32 535	5,3	35 462	9,0	37 274	5,1
Non salariés	4 116	4 730	14,9	4 544	-3,9	4 556	0,3
Cotisations sur revenus de remplacement	629	642	2,2	660	2,8	677	2,6
Autres cotisations	849	672	-20,9	706	5,1	723	2,5
Majorations et pénalités	454	529	16,5	560	5,9	582	3,9
Consolidation des cotisations prises en charge dans le cadre de la PAJE	-1 803	-1 860		-1 913		-1 960	
Total brut	181 114	186 697	3,1	192 329	3,0	197 588	2,7
Reprises nettes de provisions et ANV	-2 039	-2 334	0,0	-2 020	0,0	-2 153	0,0
Total net	177 272	182 503	3,0	188 396	3,2	193 475	2,7

Source : DSS/SDEPF/6A

La forte hausse de 2013 de ces recettes recouvre des évolutions très différentes entre affectataires, liée à la rationalisation de la répartition des recettes décidée dans le cadre la LFSS pour 2013 (cf. fiche 4.3 du rapport de septembre 2013). Les recettes de contributions sociales attribuées à la CNAV ont doublé en 2013 et celles du FSV ont augmenté de 60% en conséquence des fortes hausses du forfait social et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (cf. fiche 2.9) et des nouvelles modalités de répartition. A l'inverse, les recettes de la CNAM ont diminué de 13% en 2013 principalement parce que la CNAM n'était plus attributaire des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Le rendement des contributions sociales de la CNAF a diminué de 7% en 2013, la part des prélèvements sociaux qu'elle recevait ayant été réduite. La LFSS pour 2014 a poursuivi le processus de rationalisation de la répartition des recettes initié en 2013 (cf. *infra*). Ainsi, comme en 2013, la progression globale des recettes recouvre en 2014 des évolutions très différentes entre affectataires. Les recettes de la CNAM et de la CNAV devraient connaître une hausse notable (+13% et +17% respectivement) tandis que celles de la CNAF diminueraient de 14%. Les contributions sociales reçues par la CNSA devraient croître de 7,7% du fait du rendement en année pleine de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Enfin, la progression des recettes de la CADES devrait s'établir à 4,4%.

Les recettes fiscales attribuées au régime général, y compris celles compensant les exonérations, se sont réduites de 1,1% (cf. tableau 6). En effet, les recettes attribuées en compensation de l'exonération au titre des heures supplémentaires ont diminué à hauteur de la réduction de cet allègement de cotisations, qui, ne concernant plus que les salariés des entreprises de moins de 20 salariés, s'est contractée de 80% (cf. fiche 2.2). En revanche, hors compensation des exonérations au titre des heures supplémentaires, les impôts et taxes affectés au régime général ont augmenté de 4,3% en 2013, du fait de la hausse des prélèvements liés à la consommation induite par le remplacement des TVA brutes sectorielles par de la TVA nette (cf. fiche 2.9). Par ailleurs, les impôts et taxes attribués au FSV ont augmenté de 24% en 2013, en conséquence de l'accroissement du montant de CSSS qui lui est revenu. En 2014, les impôts et taxes attribués au régime général et au FSV devraient croître de 9,1% (+8,4% pour le régime général et +14% pour le FSV en conséquence de l'affectation de nouvelles recettes au financement de la sécurité sociale (cf. fiche 2.9).

Les contributions de l'Etat se sont élevées à 2,5 Md€ en 2013

Les contributions de l'Etat sont constituées des montants de la compensation des exonérations ciblées de cotisations prises en charge par dotation budgétaire de l'Etat. Elles représentent 1% des recettes des régimes de base de sécurité sociale et n'ont augmenté que de 0,9% en 2013. Les exonérations compensées par l'Etat devrait diminuer en 2014 de -3,9% pour s'établir à 2,4 Md€ (cf. tableau 1).

Les transferts consolidés du régime général et du FSV représentent 4 Md€ en 2012, soit 1% des produits

Ces recettes sont en hausse de 22% en 2013 et devraient augmenter de 15% en 2014, pour atteindre 4,6 Md€ (cf. fiche 6.5). Ces hausses sont principalement dues à la progression des transferts en provenance du FSV pour la prise en charge des cotisations au titre des périodes de chômage pour les régimes de retraite et à la hausse des versements des régimes aux fonds CNAM consécutive à la mise en place du FIR.

Les transferts comprennent principalement :

- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale (transferts de compensation, cotisations et soule versées par le régime des industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, reversement de cotisations des régimes spéciaux (validations de services...), prises en charge par le RSI et les régimes agricoles de la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux).
- des transferts reçus des organismes concourant au financement de la sécurité sociale, (transferts du FSV vers les régimes vieillesse de base, transferts au titre de la prise en charge par la CNSA des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées...);
- des subventions d'équilibre versées par l'Etat, qui bénéficient principalement à la branche vieillesse.

Tableau 3 • CSG par assiette de revenus (ensemble des attributaires*)

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CSG activité	60 761	63 256	4,1	63 814	0,9	64 967	1,8
CSG remplacement	15 553	16 141	3,8	16 891	4,6	17 287	2,3
CSG patrimoine	4 106	4 491	9,4	4 686	4,4	4 867	3,9
CSG placement	5 884	6 097	3,6	5 224	-14,3	5 072	-2,9
CSG sur les jeux	349	351	0,4	349	-0,4	347	-0,6
Majorations et pénalités	181	238	31,3	212	-10,9	218	3,0
Consolidation de la CSG prise en charge dans le cadre de la PAJE**	- 293	- 302	3,2	- 308	1,9	- 315	2,5
CSG brute	86 541	90 272	4,3	90 868	0,7	92 442	1,7
Reprises nettes des provisions et ANV	- 283	- 667		- 385		- 445	
CSG nette	86 259	89 605	3,9	90 483	1,0	91 997	1,7
dont CSG nette attribuée au RG et au FSV	71 553	74 502	4,1	75 518	1,4	76 740	1,6
Frais d'assiette et de recouvrement et dégrèvements***	- 173	- 193	11,7	- 191	-1,1	- 191	0,1

Source : DSS/SDEPF/6A

* Ce tableau présente les recettes de l'ensemble des attributaires de la CSG, y compris le FSV, la CNSA et la CADES qui ne sont pas des régimes de base. Les montants de la CSG par attributaires sont détaillés dans la fiche 2.4.

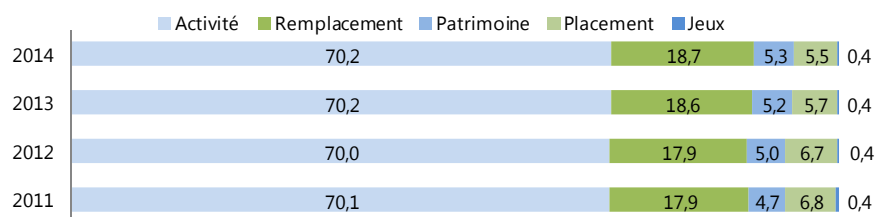
**cf. fiche 6.4

*** Cette ligne indique les charges (frais d'assiette, de recouvrement et de dégrèvement) sur la CSG prélevée sur les revenus du capital, pour l'ensemble des attributaires.

Tableau 4 • Valeur de point de la CSG en 2013

Activité	8 509
Remplacement	2 559
Patrimoine	571
Placement	637
Jeux	37
CSG totale	12 313

Graphique 3 • Evolution de la répartition des recettes de CSG, selon la catégorie de revenus (en%)



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 5 • Contributions sociales (hors CSG) affectées au régime général et au FSV, par attributaire

	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2014 (p)	%
CNAM	1 875	2 756	47,0	2 398	-13,0	2 711	13,1
CNAV	1 080	2 330	115,9	4 619	98,2	5 422	17,4
CNAF	1 626	1 797	10,5	1 675	-6,8	1 694	1,1
Régime général	4 581	6 884	50,3	8 692	26,3	9 826	13,0
FSV	681	1 302	91,4	2 088	60,4	1 109	-46,9
Régime général+FSV	5 261	8 186	55,6	10 780	31,7	10 935	1,4

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 6 • Impôts et taxes affectés au régime général et au FSV, par attributaire

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CNAM	16 860	18 689	10,8	19 302	3,3	21 621	12,0
CNAV	9 431	8 871	-9,9	7 634	-13,9	7 193	-5,8
CNAF	6 158	6 330	2,8	6 742	6,5	7 721	14,5
CNAM-AT	298	294	-1,3	117	-60,4	113	-2,7
Régime général	32 747	34 184	4,4	33 794	-1,1	36 648	8,4
FSV	3 762	3 369	-10,5	4 189	24,3	4 778	14,1
Régime général+FSV	36 509	37 553	2,9	37 983	1,1	41 426	9,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Nota : ce tableau indique le rendement total des impôts et taxes attribués au régime général et au FSV, qu'il s'agisse de recettes propres (cf. fiche 2.9) ou de recettes affectées à la compensation des exonérations de cotisation (cf. fiche 2.2).

Évolutions récentes de la répartition des recettes affectées

La LFSS pour 2013 a procédé à une rationalisation de la répartition de certains prélèvements sociaux, impôts et taxes entre État et sécurité sociale (cf. schéma 1 de la fiche 4.3 du rapport de septembre 2013), afin de limiter le nombre de recettes partagées entre l'État et la sécurité sociale à la seule TVA nette. Parallèlement, l'intégralité des droits tabacs et des taxes sur les boissons a été affectée à la sécurité sociale, tandis que les prélèvements sociaux sur les revenus du capital (hors CSG, CRDS et CSA) ont été scindés en un prélèvement social (affecté à la sécurité sociale) et un prélèvement de solidarité (affecté aux fonds de l'État, FNAL, fonds de solidarité, et fonds national des solidarités actives). Ces modifications s'accompagnent de changements de clés sur l'ensemble de ces produits.

La LFSS et la LFI pour 2014 ont amené de nouveaux changements visant à attribuer le rendement supplémentaire de l'impôt sur le revenu découlant de la réforme du quotient familial et de la fiscalisation des contributions des employeurs aux contrats d'assurance santé complémentaire d'une part, et à compenser l'essentiel de la perte de recettes induite par la baisse du taux de cotisation famille. L'État a transféré 3,0 Md€ de TVA nette à la sécurité sociale pour lui attribuer le produit correspondant aux réformes fiscales et compenser la perte de cotisations de la branche famille.

Par ailleurs, certains produits d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu bénéficiaient de l'application du taux anciennement en vigueur aux produits latents constatés à chaque changement de taux. L'article 8 de la LFSS pour 2014 a supprimé l'application de ces taux dits « historiques » et soumet donc désormais les produits réalisés lors d'un fait générateur (rachat partiel, clôture ou décès) aux taux en vigueur au moment de ce fait générateur. Ces dispositions sont applicables aux faits générateurs intervenus depuis le 26 septembre 2013 (cf. fiche 2.10). L'impact attendu de cette mesure est évalué à +0,07 Md€ en 2014 puis +0,43 Md€ en 2015.

Le rendement de la fiscalisation des contrats collectifs ainsi que de l'essentiel de la réforme du cadre d'assujettissement des prélèvements sur les revenus de placement ont été affectés à la CNAM. La CNAF se verrait attribuer le rendement de la réforme du quotient familial en plus de la compensation de la perte de ses cotisations. Le circuit d'affectation de ce surcroît de recettes s'accompagne d'une rationalisation de l'attribution globale des recettes, notamment des recettes fiscales et des contributions sociales.

Ainsi, la CNAM a reçu 3,0 Md€ de TVA nette ; elle a transféré l'intégralité du rendement du prélèvement sur les jeux et des contributions sur les stocks options à la CNAF, des droits tabacs à la branche maladie des exploitants agricoles, sa part du forfait social à la CNAV et une fraction de CSG aux autres attributaires. D'un autre côté, elle a bénéficié d'un surcroît de cotisations lié à la modification en sa faveur de la répartition des allègements généraux sur les bas salaires et reçoit, à compter de 2014, une fraction importante des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

La répartition des prélèvements sociaux sur les revenus du capital se fait désormais entre la CNAM, la CNAV et la CNSA tandis que le forfait social est partagé uniquement par le FSV et la CNAV.

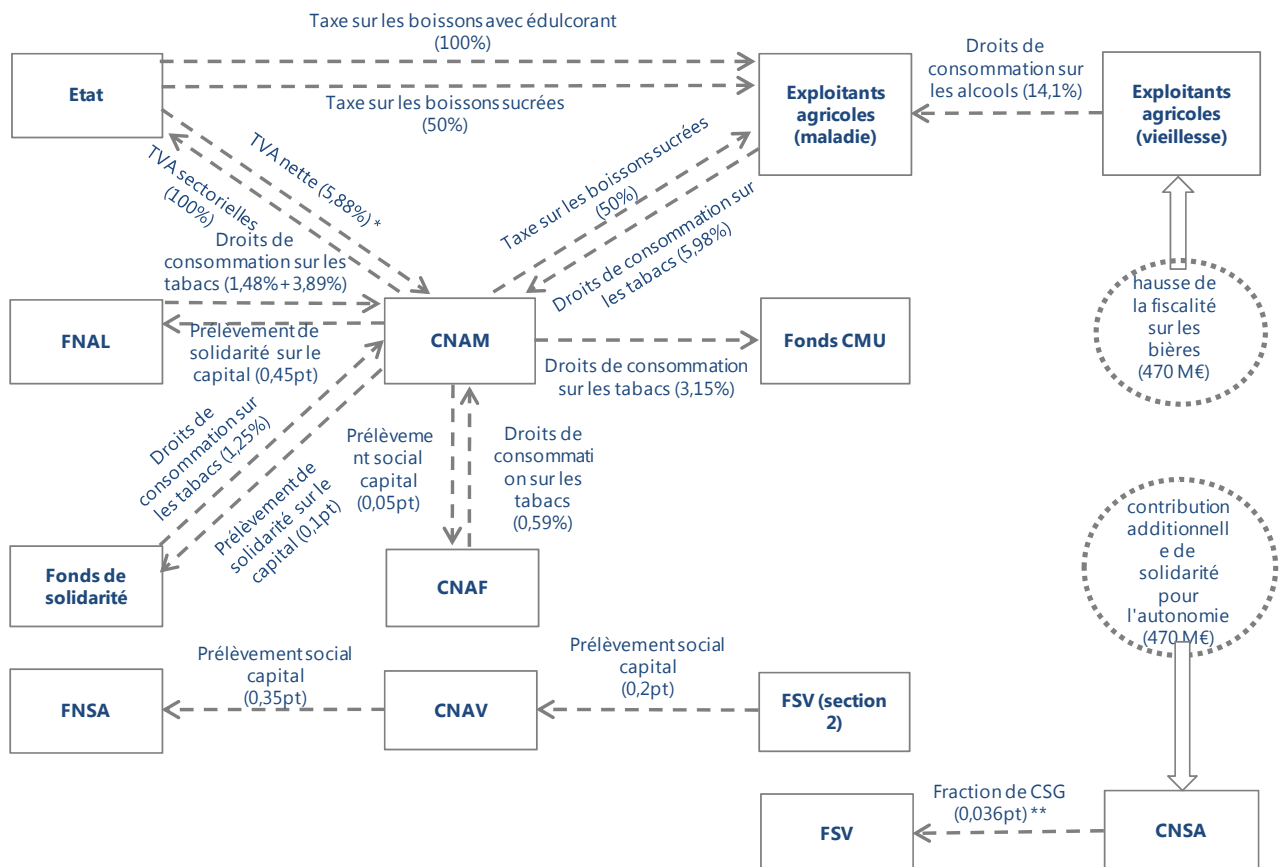
La répartition des allègements généraux a été modifiée afin de prendre en compte les hausses de taux de cotisation vieillesse et les baisses de taux de cotisation famille. Ce changement de clés de répartition induit une perte de cotisations pour la CNAV et un surcroît pour la CNAM et la CNAF (cf. fiche 2.2).

La répartition de la CSG a été modifiée afin d'harmoniser les taux de CSG du FSV et de la CNAF et une partie de ceux de la CNAM et de compléter l'attribution de contributions sociales de la CNAM à la CNAF afin de lui affecter 3,0 Md€. Afin d'atteindre cette cible, la CNAF s'est également vu affecter la taxe sur les véhicules de société.

Tableau 7 • Recettes nouvelles et modification de la répartition de certaines des recettes affectées à la sécurité sociale suite à la LFSS 2014

	CNAM	CNAF	CNAV	FSV	MSA	CNSA	Total
TVA nette	3,0						3,0
Prélèvement capital	2,5	-0,4	-2,0	-0,1			0,0
Modification des clés de répartition des allègements généraux	0,2	0,2	-0,4				0,0
Réforme du cadre d'assujettissement des prélèvements sur revenus du capital	0,1						0,1
Prélèvement sur les jeux et paris	-0,2	0,2					0,0
Contribution sur les stocks options	-0,4	0,4					0,0
Droits tabacs	-0,9				0,9		0,0
CSG	-1,0	0,8		0,7		-0,5	0,0
Forfait social	-1,7		2,7	-1,0			0,0
CASA						0,7	0,7
Baisse des cotisations		-1,1					-1,1
Taxe sur les salaires		0,1	-0,5	0,4			0,0
TVS		0,8			-0,8		0,0
BILAN	1,6	1,0	-0,2	0,0	0,1	0,2	3,0

Schéma • Recettes nouvelles et modification de la répartition de certaines des recettes affectées à la sécurité sociale suite à la LFSS 2013



2.2 Les cotisations

Les cotisations nettes du régime général ont augmenté de 3,2% en 2013, pour s'établir à 190,3 Md€, mais devraient croître à un rythme moins soutenu en 2014 (+2,7%) malgré une légère accélération de la croissance de la masse salariale

En 2013, les cotisations brutes du régime général ont progressé de 3% (après 3,2% en 2012), soit à un rythme supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (1,2%) qui en est pourtant le principal déterminant (cf. tableau 1). Cette plus forte progression est principalement imputable à la baisse du montant des exonérations, en particulier à l'impact en année pleine de la modification du dispositif d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires (cf. fiche 2.3 et 4.1 du rapport de septembre 2013), qui s'est traduite en 2013 par un surcroît de cotisations de 1,8 Md€ sur le champ du régime général. La baisse de près de 2,1% du montant des allègements généraux en 2013 a également contribué au dynamisme relatif des recettes de cotisations sociales pour la CNAM, la CNAV et la CNAF ; le surcroît de cotisations qui en résulte est de l'ordre de 0,6 Md€ (cf. fiche 2.5).

Près de 90% des exonérations au titre des heures supplémentaires portant sur les cotisations retraite, la [branche vieillesse](#) est la principale bénéficiaire de cette mesure (1,5 Md€). Le relèvement de 0,2 point des taux de cotisation retraite à compter du 1^{er} novembre 2012 a en outre rapporté près de 0,9 Md€ en 2013. Ces effets, combinés au plus fort dynamisme de la masse salariale plafonnée (+1,2%, contre +1% pour la masse salariale déplafonnée) expliquent une croissance des cotisations brutes de la CNAV particulièrement élevée en 2013 (+5,2%).

La croissance également soutenue des recettes de cotisations brutes de la [CNAM-AT](#) (+4,3%) est, elle aussi, due à une hausse du taux de cotisation en 2013, qui se serait traduite par un supplément de recettes de l'ordre de 0,2 Md€ pour la branche. Compte tenu de leur répartition interbranche, la réduction des exonérations au titre des heures supplémentaires n'a eu qu'un impact modéré en termes de recettes supplémentaires pour la CNAM-AT, de l'ordre de 20 M€.

La progression des recettes de cotisations brutes de la [CNAM](#) s'est établie en 2013 à 1,9%, soit un niveau plus faible que celui de la CNAV et de la CNAM-AT, mais toujours supérieur à celui de la masse salariale. Là encore, la croissance relativement plus rapide des cotisations s'explique principalement par la réduction des exonérations et surtout par celle relative aux heures supplémentaires, qui a conduit à un supplément de recettes de l'ordre de 0,25 Md€.

A l'inverse de celles des autres branches, les cotisations brutes de la [CNAF](#) ont progressé à un rythme inférieur à celui de la masse salariale (+0,8%). Si la modification du dispositif d'heures supplémentaires n'a eu qu'un impact modéré pour la branche, inférieur à 30 M€, la baisse importante des cotisations brutes des travailleurs indépendants (-5,2%) a en revanche fortement atténué la progression de la masse globale des cotisations. Cette baisse du rendement des cotisations sur le champ des travailleurs indépendants en 2013 s'explique par le niveau exceptionnellement élevé du rendement 2012, qui résultait d'importantes régularisations au titre des années antérieures et s'était traduite par une hausse de 15% des cotisations brutes (cf. fiche 3.3 du rapport de septembre 2013).

Le [rendement net des cotisations sociales affectées au régime général](#) a augmenté de 3,2%, en conséquence d'une contraction de 0,3 Md€ des charges nettes sur cotisations. Cette baisse résulte d'un nombre important d'annulations de créances comptables et d'un montant élevé de reprises sur provisions (cf. fiche 2.7). Une grande part de ces écritures comptables portant sur le champ des travailleurs indépendants, la branche famille est la plus concernée par cette baisse. La progression des cotisations nettes de la CNAF s'établit ainsi à 1,2%.

En 2014, les cotisations nettes devraient progresser de 2,7% et les cotisations brutes de 2,8% soit une évolution supérieure à celle de la masse salariale du secteur privé, estimée à 2,2%. Cette plus forte croissance s'explique principalement par les hausses des taux de cotisations retraite (0,1 point pour la cotisation plafonnée et 0,3 point pour la cotisation déplafonnée), dont l'impact est toutefois atténué par la baisse de 0,15 point du taux de cotisation famille décidée lors de la LFSS pour 2014.

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

		En millions d'euros						
		2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Ensemble du régime général	Cotisations sur revenus d'activité	179 182	184 854	3,2	190 403	3,0	195 606	2,7
	Salariés	175 066	180 125	2,9	185 859	3,2	191 050	2,8
	part patronale	144 180	147 590	2,4	150 398	1,9	153 776	2,2
	part salariale	30 885	32 535	5,3	35 462	9,0	37 274	5,1
	Non salariés	4 116	4 730	14,9	4 544	-3,9	4 556	0,3
	Cotisations sur revenus de remplacement	601	627	4,4	644	2,7	660	2,6
	Autres cotisations	714	672	-5,9	706	5,1	723	2,5
	<i>Majorations et pénalités</i>	454	529	16,5	560	5,9	582	3,9
	Total brut	180 950	186 682	3,2	192 313	3,0	197 571	2,7
	Reprises nettes de provisions et ANV	-2 039	-2 334		-2 020		-2 153	
Total net	178 911	184 348	3,0	190 292	3,2	195 419	2,7	
CNAM - Maladie	Cotisations sur revenus d'activité	70 629	72 292	2,4	73 594	1,8	75 468	2,5
	Salariés	70 375	71 998	2,3	73 264	1,8	75 128	2,5
	part patronale	66 688	68 143	2,2	69 164	1,5	70 930	2,6
	part salariale	3 687	3 855	4,6	4 100	6,4	4 199	2,4
	Non salariés	255	294	15,4	330	12,3	340	2,9
	Cotisations sur revenus de remplacement	601	627	4,4	644	2,7	660	2,6
	Autres cotisations	211	211	-0,1	252	19,6	257	2,2
	<i>Majorations et pénalités</i>	164	180	9,6	202	12,2	208	3,0
	Total brut	71 605	73 310	2,4	74 692	1,9	76 594	2,5
	Reprises nettes de provisions et ANV	-764	-749		-692		-724	
Total net	70 841	72 561	2,4	74 000	2,0	75 870	2,5	
CNAV	Cotisations sur revenus d'activité	63 540	66 004	3,9	69 485	5,3	72 515	4,4
	Salariés	63 486	65 950	3,9	69 426	5,3	72 452	4,4
	part patronale	36 288	37 271	2,7	38 065	2,1	39 377	3,4
	part salariale	27 198	28 680	5,4	31 361	9,4	33 075	5,5
	Non salariés	54	53	-0,5	59	10,0	63	7,1
	Autres cotisations	499	457	-8,4	449	-1,6	461	2,7
	<i>Majorations et pénalités</i>	160	179	11,8	202	13,1	208	3,0
	Total brut	64 199	66 639	3,8	70 136	5,2	73 184	4,3
	Reprises nettes de provisions et ANV	-684	-661		-613		-669	
	Total net	63 515	65 978	3,9	69 523	5,4	72 515	4,3
CNAF	Cotisations sur revenus d'activité	34 095	35 362	3,7	35 649	0,8	35 691	0,1
	Salariés	30 287	30 979	2,3	31 494	1,7	31 537	0,1
	part patronale	30 287	30 979	2,3	31 494	1,7	31 537	0,1
	Non salariés	3 808	4 382	15,1	4 155	-5,2	4 154	0,0
	<i>Majorations et pénalités</i>	104	141	34,6	123	-12,7	131	6,9
	Total brut	34 199	35 502	3,8	35 772	0,8	35 822	0,1
	Reprises nettes de provisions et ANV	-369	-652		-509		-511	
Total net	33 830	34 851	3,0	35 263	1,2	35 311	0,1	
CNAM - AT	Cotisations sur revenus d'activité	10 918	11 197	2,6	11 675	4,3	11 933	2,2
	Salariés	10 918	11 197	2,6	11 675	4,3	11 933	2,2
	part patronale	10 918	11 197	2,6	11 675	4,3	11 933	2,2
	Autres cotisations	4	4	8,3	4	2,6	5	2,2
	<i>Majorations et pénalités</i>	26	29	15,4	33	12,1	34	3,0
	Total brut	10 947	11 230	2,6	11 713	4,3	11 971	2,2
	Reprises nettes de provisions et ANV	-222	-273		-206		-248	
Total net	10 726	10 958	2,2	11 506	5,0	11 723	1,9	

Source : DSS/SDEPF/6A

Note: Les cotisations reversées par le régime des industries électriques et gazières à la CNAV sont considérées dans ce rapport comme des transferts et ne figurent donc pas dans ce tableau. De même, les cotisations sur les préretraites des travailleurs de l'amiante, prises en charges par le FCAATA sont désormais traitées comme des transferts de la branche AT-MP et ne figurent plus dans ce tableau. Enfin les montants de cotisations présentés ici ne sont pas consolidés des prises en charge des cotisations du régime général faite par la CNAF pour les employés et personnels de maison (cf. fiche 6.6).

Les cotisations nettes de la CNAV devraient en conséquence progresser fortement (+4,3%) tandis que celles de la CNAF seraient presque stables (+0,1%). Les cotisations nettes de la CNAM devraient croître à un rythme légèrement supérieur à celui de la masse salariale (+2,5%). Cette progression plus rapide s'explique par la baisse du montant des exonérations de cotisations maladie qui résulte de la modification des clés de répartition des allègements généraux décidée lors de la LFSS pour 2014. La branche AT-MP n'étant concernée ni par les allègements généraux, ni par des hausses de taux, les cotisations nettes de la branche devraient progresser à un rythme très proche de celui de la masse salariale privée en 2014.

En 2013, la valeur d'un point de cotisation déplafonnée est comprise entre 5,3 Md€ et 7,5 Md€ selon les branches

Le rendement d'un point de cotisation déplafonnée sur le secteur salarié privé, soit sur le champ des branches vieillesse et AT, s'élève à 5,3 Md€ en 2013. Un point de cotisation retraite plafonnée sur le même champ vaut 4,5 Md€ (cf. tableau 2). Les valeurs de points de cotisation maladie et famille sont par construction plus élevées car le champ des assurés relevant de ces branches est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse. En effet, il intègre pour la branche maladie la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils), et pour la branche famille, outre les salariés cités précédemment, les travailleurs indépendants et le secteur agricole (salariés et exploitants). Ainsi, le rendement du point de cotisation déplafonnée atteint 6,6 Md€ pour la branche maladie et 7,5 Md€ pour la branche famille.

Si la forte réduction des exonérations contribue à soutenir la croissance des cotisations, la progression de la part non compensée de ces dispositifs induit toutefois une perte globale de recettes pour le régime général

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

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

Depuis 2011, les allègements généraux en faveur des bas salaires, qui représentent les trois quarts de l'ensemble des exonérations de cotisation, sont compensés par l'affectation de recettes fiscales réparties entre les branches selon des clés définies par arrêté. Les dynamiques propres à chacune de ces taxes induisent des évolutions différentes des recettes affectées à chaque branche bénéficiaire, et ne reflètent donc pas nécessairement la dynamique des exonérations.

Dans le cadre de la LFR d'août 2012, le bénéfice de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires a été limité aux entreprises de moins de 20 salariés et ne représente plus que 3% des exonérations de cotisations. En 2013, cet allègement a été compensé par l'affectation d'une fraction (0,33%) de TVA nette, répartie au prorata du poids des régimes dans le dispositif, éventuellement complétée par l'inscription d'une créance du régime général sur l'État si le rendement de la TVA nette ne suffit pas à leur compensation intégrale. La fraction de TVA nette attribuée en régime général en compensation de l'exonération relative aux heures supplémentaires est passée à 0,34% en 2014.

En 2013, tandis que les exonérations au titre des heures supplémentaires ont atteint 492 M€ pour le régime général, le montant de TVA nette attribuée aux quatre branches du régime général s'est élevé à 446 M€, une créance du régime général sur l'État de 42 M€ a donc été inscrite, afin de compenser exactement le coût de l'exonération en encaissements. Le bilan en droit constaté est toutefois négatif pour le régime général (-4 M€). A l'inverse, en 2014, les recettes de TVA devraient s'établir à un niveau supérieur au montant de l'exonération (490 M€ contre 472,5 M€ en encaissements). Une créance de l'État sur le régime général de 17,5 M€ pourrait donc être inscrite cette année (cf. tableau 4).

¹ La fiche 2.2 est consacrée aux cotisations et aux recettes affectées en compensation des dispositifs d'exonérations et d'allègements de cotisations. Ces dispositifs sont présentés en détail dans la fiche 2.3, qui présente notamment la dynamique propre des dispositifs ne faisant pas l'objet d'une compensation.

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

Valeur du point par branche	2011	2012	2013	2014 (p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	5 160	5 270	5 340	5 420
Vieillesse plafonnée (1)	4 330	4 430	4 500	4 570
Maladie (2)	6 400	6 540	6 610	6 710
Famille (3)	7 190	7 440	7 470	7 640

Source : DSS/SDEPF/6A

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

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

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

Note : ces valeurs indiquent les variations de recettes du régime général induites par la variation d'un point du taux de cotisation. Elles intègrent une compensation intégrale des exonérations compensées (y compris des allègements généraux sur les bas salaires).

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

	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2 014	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salarié	1053,7	934,8	-11,3	907,2	-3,0	1014,4	11,8
Apprentissage	944,5	825,3	-12,6	795,5	-3,6	911,6	14,6
Secteur agricole	60,3	54,7	-9,3	56,8	3,7	56,5	-0,5
Porteurs de presse	17,5	19,1	9,2	18,8	-1,9	22,3	18,6
Contrats de professionnalisation et de qualification	13,2	12,6	-4,4	16,3	29,4	12,3	-25,1
Insertion par l'économique	9,4	10,2	9,2	10,1	-1,1	11,2	10,7
Service civique - volontariat	9,9	13,3	34,6	9,7	-27,0	0,6	--
Contrat initiative emploi	-0,9	-0,3	--	-0,1	--	0,0	
Avantage en nature, repas dans les cafés et restaurants	-0,8	-0,6	-20,4	0,2	--	0,0	
Autres allègements	0,5	0,4	--	-0,2	++	0,0	-100,0
Allègements en faveur de zones géographiques	1299,3	1352,4	4,1	1368,3	1,2	1229,8	-10,1
Loi d'orientation Outre-mer (loi 2000-1207)	940,8	1013,8	7,8	1025,1	1,1	963,7	-6,0
Création d'emploi en ZRR	183,7	163,4	-11,1	157,4	-3,7	117,6	-25,3
Salariés en zones franches urbaines	137,8	129,7	-5,9	107,7	-17,0	77,7	-27,9
CAE DOM et hors DOM	13,0	21,0	++	22,6	7,8	23,3	2,7
Bonus exceptionnel Outre-Mer	0,0	0,0	--	29,8	++	20,2	-32,0
Bassin d'emploi à redynamiser	18,4	16,6	-9,5	15,8	-4,8	17,2	8,9
Création d'emploi en ZRD	3,8	6,7	++	8,7	30,9	9,3	6,2
Création d'emploi en ZRU	1,8	1,2	-32,8	1,2	-0,5	0,9	-22,1
Autres allègements	0,0	0,0	--	0,0	++	0,0	--
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	35,3	0,0	--	0,8	++	0,0	
Abattement de 15 points pour les EPM	29,9	-0,2	--	0,1	--	0,0	
Employés à domicile	5,4	0,2	--	0,7	++	0,0	
Autres exonérations	210,7	202,6	-3,8	232,0	14,5	251,5	8,4
Jeunes entreprises innovantes	112,3	108,0	-3,9	111,6	3,3	138,4	24,1
Détenus	79,6	80,0	0,4	94,1	17,6	94,1	
Cotisations patronales d'allocations familiales pour les entreprises d'armement maritime	8,5	8,1	-4,2	8,8	8,2	8,4	-4,5
Régime "Micro social"	-5,2	5,7	--	11,7	++	4,2	--
Jeunes entreprises secteur enseignement	0,4	1,7	++	3,2	++	3,0	-4,2
Droit à l'image des sportifs	5,1	0,2	-96,3	0,0	--	0,0	
Autres allègements	10,0	-1,0	--	2,7	--	3,4	23,2
Total des exonérations compensées	2599,0	2489,8	-4,2	2508,4	0,7	2495,6	-0,5

Source : DSS/SDEPF/6A

Nota : Les montants indiqués dans ce tableau correspondent aux dotations budgétaires enregistrées dans les comptes des régimes entre 2011 et 2013. Ils ne peuvent pas être comparés aux montants des exonérations indiqués dans la fiche 2.3 qui sont retraités, de sorte à rattacher l'exonération à la période d'emploi afin d'analyser correctement les dispositifs d'exonération. Les données 2014 sont en revanche identiques, car il s'agit de prévisions, la dotation prévue correspond donc bien au montant estimé de l'exonération. L'exonération forfaitaire de cotisation maladie n'apparaît toutefois pas dans le tableau ci-dessus alors qu'elle est présentée dans le tableau de la fiche 2.3, car cette exonération est compensée par de la TVA nette et non par l'affectation d'une dotation budgétaire.

Les exonérations ciblées compensées par l'État sont en diminution sur toute la période tandis que les exonérations ciblées non compensées connaissent une croissance soutenue

Les exonérations ciblées de cotisations font, pour la plupart, l'objet d'une compensation intégrale par l'État, *via* des dotations budgétaires, ou plus récemment, par l'attribution d'une fraction de TVA nette, comme c'est le cas pour la déduction forfaitaire de cotisation maladie pour les services à la personne, mise en place à compter de 2013 (cf. tableau 4).

Les cotisations prises en charge par l'État étaient en recul depuis 2011. Elles ont représenté 10% des exonérations totales en 2013. Avec une croissance de 0,9%, elles s'établissent à 2,5 Md€ en 2013. Elles devraient à nouveau être en baisse en 2014 (-0,6%, cf. tableau 3).

- Les allègements en faveur de certaines catégories de salariés qui ont représenté, en 2013, 36% des exonérations compensées par l'État, ont baissé de 3% en 2013 mais devraient repartir à la hausse en 2014 (+11,8%). Une part importante de ces évolutions n'est pas économiquement significative car liée à des régularisations comptables sur l'exemption de cotisations au titre de l'apprentissage (cf. fiche 4.6 du rapport de septembre 2013). Les exonérations portant sur le secteur agricole ont augmenté de 3,7% en 2013 et devraient stagner en 2014. Les exonérations au titre du service civique ont baissé de près de 30% en 2013 et sont supprimées à compter de 2014. La hausse attendue en 2014 sera principalement soutenue par la progression des exonérations concernant les apprentis.
- Les allègements en faveur de certaines zones géographiques (55% des exonérations compensées par l'État) ont progressé de 1,2% et devraient diminuer de 10% en 2014. Ces évolutions sont principalement déterminées par l'évolution des exonérations prévues dans le cadre de la loi d'orientation pour l'Outre-mer, qui représentent les trois quarts de cette catégorie d'allègements. Les dispositifs en faveur de la création d'emplois dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones franches urbaines (ZFU) ont fortement baissé en 2013 et devraient continuer de régresser en 2014, en lien avec les changements des barèmes d'exonération intervenus les années précédentes. A l'inverse, l'allègement en faveur des zones de restructuration de la défense (ZRD) a pris de l'ampleur en 2013 avec une hausse de 31% en 2013 et devrait continuer son développement en 2014 (+6%).
- Les allègements en faveur de l'emploi à domicile (abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations patronales dues par les particuliers employeurs et exonérations relatives aux aides à domicile employées par une entreprise ou une association) ont été supprimés en 2011, ce qui explique que le régime général n'ait reçu aucun produit de l'État au titre de cette catégorie d'exonération. En 2013, la mesure d'exonération forfaitaire de cotisation maladie pour les particuliers employeurs introduite par la LFSS pour 2013, a fait l'objet d'une compensation par l'affectation d'une fraction de TVA nette à la branche maladie (0,13%).
- Les autres exonérations ciblées compensées ont fortement augmenté en 2013 (+14,5%), leur croissance a été tirée par celle de l'exonération de cotisations des personnes détenues. Cette tendance devrait se poursuivre en 2014 (+8%), cette fois entraînée par l'exonération portant sur les jeunes entreprises innovantes.

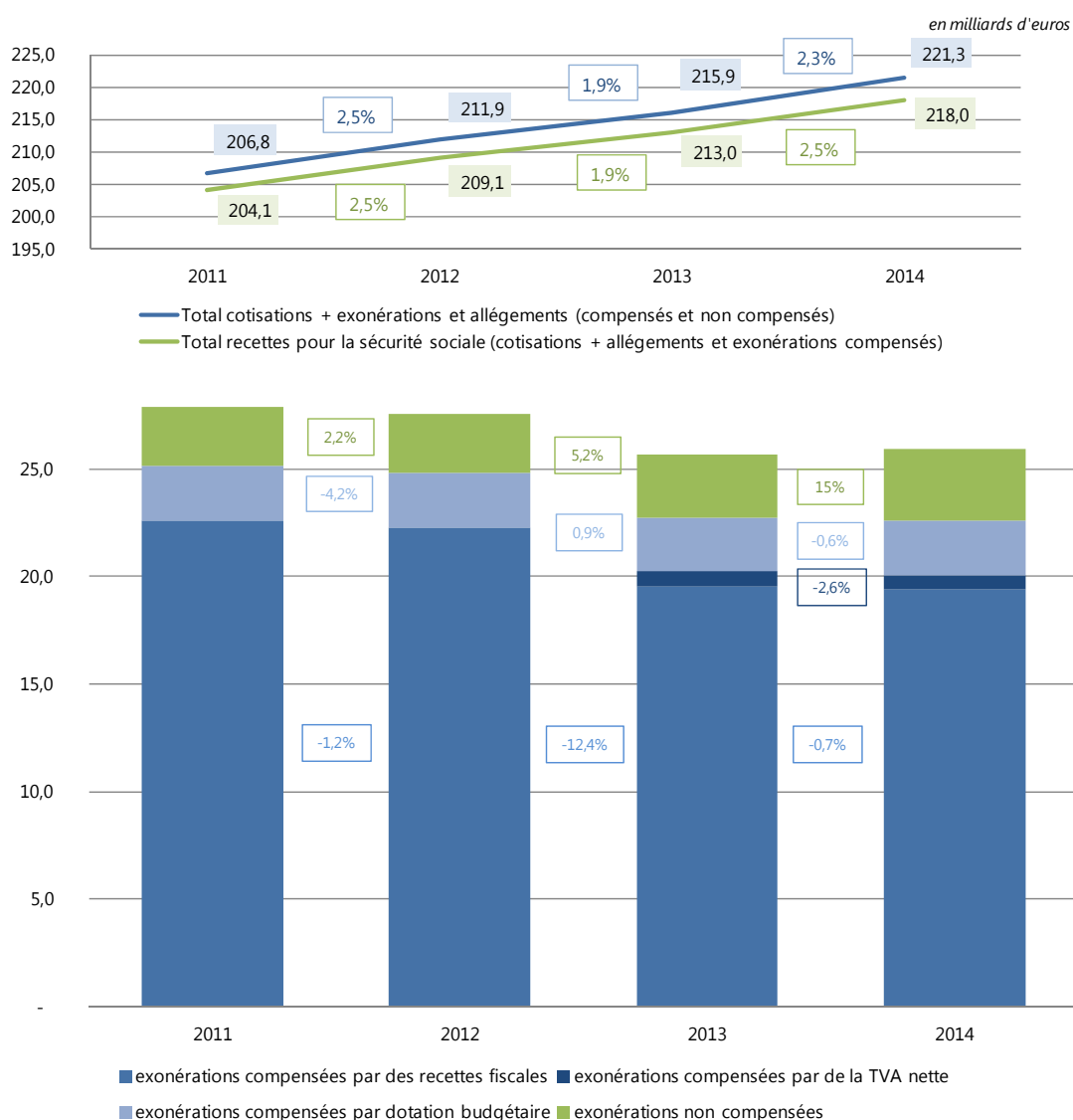
D'autres dispositifs ne font l'objet d'aucune compensation. Les exonérations liées à ces dispositifs constituent 11% de l'ensemble des exonérations en 2013, en hausse de 5,2%, et ont représenté une perte nette de recettes de 2,9 Md€ en 2013. Elles devraient s'accroître fortement en 2014 (+15%), principalement en raison de la montée en charge des emplois d'avenir (cf. fiche 2.3). Elles représenteraient alors 13% du total des allègements et exemptions de cotisations et constitueraient une perte nette de recettes de 3,4 Md€ pour la sécurité sociale.

Tableau 4 • Impôts et taxes nets affectés au régime général en compensation des allègements et exonérations de cotisation

					en millions d'euros	
	2 011	2 012	%	2 013	%	2 014
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	2 026,91	1 713,63	-	-	-	-
Contribution sociale sur les bénéfices ART 235 ter ZC CGI	726,77	230,68	-	-	-	-
Droits de consommation tabacs	165,25	342,93	-	-	-	-
TVA nette compensant les exonérations sur les heures supplémentaires	-	46,74	446,21	490,01		
Dette Etat complétant la compensation des heures supplémentaires	272,09	25,69	41,68	-	17,52	
Impôts et taxes affectés en compensation des heures supplémentaires	3 191,03	2 359,66	-26,1	487,89	-79,3	472,48
TVA nette compensant l'exonération de cotisations maladie pour les EPM				154,9		215,5
Total TVA nette				601,09		705,48
						17,4

Source : DSS/SDEPF/6A

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



Source : DSS/SDEPF/6A

Lecture : les taux indiqués entre deux bâtons de l'histogramme précisent l'évolution du montant de chaque catégorie d'exonération selon les modalités de leur compensation. En 2014, les exonérations compensées par des recettes fiscales devraient diminuer de 0,7%, celles qui font l'objet de l'affectation de TVA nette baisseraient de 2,6%, celles compensées par des dotations budgétaires seraient également en recul (-0,6%) tandis que celles qui ne font l'objet d'aucune compensation devraient croître de +15%

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

Les mesures d'exonération en faveur de l'emploi comprennent principalement deux types de dispositifs : les mesures générales et les mesures ciblées sur des publics, des emplois et des zones géographiques particulières. Les mesures à vocation générale incluent les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (allègement dit « Fillon ») et les dispositifs résiduels d'exonération des heures supplémentaires. Elles ont représenté au total 20,0 Md€ en 2013. Concernant les exonérations ciblées, le montant total était de 5,6 Md€ la même année (cf. tableau 1).

Pour l'ensemble des dispositifs (25,7 Md€), le montant des exonérations a nettement reculé en 2013 (-7,2%). Cette baisse recouvre une forte diminution des mesures à vocation générale (-10,1%) et une hausse des mesures ciblées (+4,6%). En 2014, le montant total des exonérations serait en hausse de près de 2%.

Les exonérations à vocation générale devraient se stabiliser en 2014 après une forte baisse en 2013

La forte baisse des exonérations à vocation générale de 2013 résulte principalement de l'effet en année pleine de l'extinction du dispositif d'exonération et de déduction des cotisations applicables aux heures supplémentaires¹ dont le montant est passé de 2,4 Md€ en 2012 à 524 M€ en 2013. Ce dernier montant devrait encore diminuer en 2014 de près de 10% et représenter moins de 500 M€ (cf. tableau 1). Les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires, qui représentent 19,5 Md€, ont reculé de 2,1% en 2013. La dynamique des exonérations est liée à celle de la masse salariale et à la progression respective du salaire moyen par tête (SMPT) et du SMIC. Ainsi, lorsque la progression du SMPT est supérieure à celle du SMIC, le montant des exonérations diminue mécaniquement car le nombre de salariés ouvrant droit aux allègements sur les bas salaires se réduit. C'est le cas en 2013, où les évolutions respectives du SMPT et du SMIC ont été de +2,2% et de +1,3% en moyenne annuelle. La réduction du coût des allègements résulte également de la baisse de 0,6% de l'emploi salarié en 2013. En 2014, on retrouverait les mêmes effets qu'en 2013 avec une progression du SMPT supérieure (+2,1% en moyenne annuelle) à celle du SMIC (+1,1%). En revanche l'emploi augmenterait légèrement (+0,1%). Au total, les allègements généraux ne progresseraient que de 0,4%.

En 2014, le montant des exonérations ciblées poursuivrait, de façon plus marquée, la hausse observée en 2012 et 2013

Les exonérations accordées dans le cadre des dispositifs destinés à favoriser l'embauche de publics particuliers se sont établies à 5,7 Md€ en 2013. Leur croissance (+4,6% par rapport à 2012) a été tirée par le dynamisme des allègements en faveur de l'emploi à domicile (cf. infra). En 2014, la progression des exonérations ciblées devrait rester forte, à 7%. Elle résulterait essentiellement de l'augmentation des contrats unique d'insertion, de la montée en charge des emplois d'avenir et, dans une moindre mesure, d'un rebond des dépenses au titre des contrats d'apprentissage (cf. tableau 3).

Les allègements en faveur de certaines catégories de salariés progresseraient en 2014, en particulier s'agissant des contrats uniques d'insertion et des emplois d'avenir

Les allègements destinés à accroître l'embauche de publics particuliers ont représenté une dépense de 2,1 Md€ en 2013 (cf. tableau 3). Leur progression a été relativement modérée (+1,2%), la baisse significative de l'exonération au titre de l'apprentissage étant contrebalancée par l'introduction des contrats d'avenir et la forte dynamique des contrats de sécurisation professionnelle.

En 2014, la progression du coût des allègements en faveur de publics particuliers, très importante (20%), serait liée en grande partie à l'évolution des exonérations associées aux contrats uniques d'insertion, aux emplois d'avenir et aux contrats d'apprentissage. Ces trois dispositifs représenteraient ainsi 83% du total des allègements en 2014 (près de 2,1 Md€ sur un total de 2,5 Md€ en 2014).

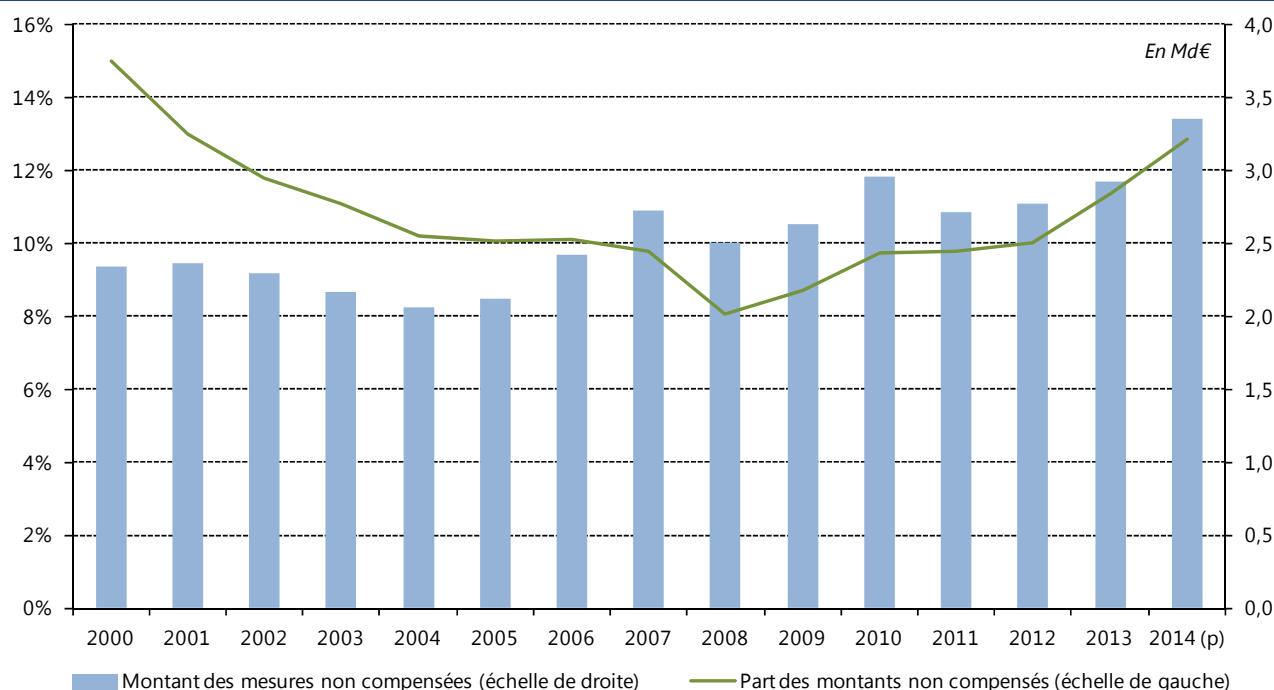
¹ Depuis le 1er septembre 2012, le dispositif d'exonérations salariales applicable aux heures supplémentaires et complémentaires est supprimé et le bénéfice de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires est limité aux entreprises de moins de 20 salariés (mesure de la 2ème LFR 2012).

Tableau 1 • Montant des principales mesures d'exonérations entre 2011 et 2014

	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2014(p)	%
Mesures générales d'exonération	19 355,7	19 937,5	3,0	19 522,5	-2,1	19 607,7	0,4
Allègement unique (Loi Fillon)	19 355,5	19 939,0	3,0	19 522,4	-2,1	19 607,7	0,4
Autres	0,2	- 1,5		0,1	--	-	
Exonération des heures sup. et des rachats RTT	3 191,1	2 366,7	-25,8	524,1	--	474,5	-9,5
Heures supplémentaires - exonérations cotisations patronales et salariales	3 191,4	2 366,4	-25,8	524,1	--	474,5	-9,5
Rachats de RTT 2007	- 0,3	0,3	--	0,0	--	-	
Total des exonérations à vocation générale	22 546,8	22 304,2	-1,1	20 046,6	-10,1	20 082,2	0,2
Total des exonérations ciblées	5 248,3	5 400,5	2,9	5 651,6	4,6	6 042,2	6,9
Total des mesures d'exonération	27 795,1	27 704,7	-0,3	25 698,2	-7,2	26 124,3	1,7

Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A ; champ : régime général

Graphique 1 • Evolution des exonérations non compensées



Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A ; champ : régime général

Tableau 2 • Contribution des principales mesures d'exonérations ciblées à l'évolution 2014

Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	110%
Apprentissage	10%
Contrat unique d'insertion	51%
Emplois d'avenir	48%
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	-35%
Loi de programme pour l'outre-mer	-18%
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	19%
Exonération forfaitaire de cotisation Maladie pour les EPM	11%
Emplois familiaux	1%
Aide à domicile	7%
Autres exonérations	6%
Total des exonérations ciblées	100%

Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A ; champ : régime général

Lecture : L'apprentissage a contribué à hauteur de 10 % à l'évolution 2013/2014 du total des exonérations ciblées

Le coût de l'exonération concernant les contrats uniques d'insertion (CUI) progresserait de près de 29% pour atteindre 900 M€ en 2014 après 700 M€ en 2013. Ce dispositif, entré en vigueur en janvier 2010 en métropole et en janvier 2011 dans les départements d'outre-mer, vise à faciliter l'insertion professionnelle des personnes sans emploi aux difficultés sociales et professionnelles à travers une aide de l'Etat et une exonération de cotisations patronales. Les emplois d'avenir¹, créés fin 2012 et destinés principalement aux jeunes sans emploi de 16 à 25 ans, constituent l'autre dispositif en forte croissance. L'objectif était de 100 000 recrutements de jeunes en 2013 et 50 000 recrutements supplémentaires en 2014. Pour 2013, l'objectif serait atteint avec un montant d'exonération associée inférieure à 100 M€. En 2014, il devrait s'élever à 280 M€. Après un recul important en 2013 (-9%) consécutif à la baisse des effectifs en contrats d'apprentissage d'environ 8%, les exonérations accordées au titre de l'apprentissage repartiraient quant à elles à la hausse en 2014 (+4,5%) pour atteindre près de 910 M€

Les allègements en faveur de l'Outre-mer diminueraient fortement en 2014

Parmi les allègements en faveur de certaines zones géographiques, ceux destinés aux entreprises implantées en Outre-mer atteindraient environ 930 M€, soit près des trois quarts de l'ensemble des aides ciblées sur les zones géographiques. Ces derniers, variant en fonction de l'effectif de l'établissement et de la rémunération versée aux salariés, ont pour but d'encourager l'emploi dans les principaux secteurs exposés à la concurrence. Après avoir progressé de 8% en 2012 et 1,3% en 2013, les exonérations dites « LODEOM » diminueraient fortement en 2014 (-7%). Cette baisse est à rapprocher des modifications des barèmes et plafonds des exonérations « LODEOM » votées en loi de finance pour 2014. En effet, pour les entreprises de plus de 11 salariés, la rémunération maximale ouvrant droit aux allègements est réduite, passant de 3,8 à 2,6 SMIC (de 3,8 à 2,8 SMIC pour les entreprises de moins de 11 salariés). Par ailleurs, pour ces dernières, le plateau d'exonération compris entre 1,4 SMIC et 2,2 SMIC a été abaissé (de 1,4 SMIC à 1,8 SMIC).

Après une forte hausse en 2013 (+12%), les allègements en faveur de l'emploi à domicile progresseraient à un rythme moins soutenu (+4%)

Pour favoriser le recours aux services à la personne par les particuliers, une nouvelle exonération remplace, depuis le 1^{er} janvier 2013, le dispositif de cotisation sur la base d'une assiette forfaitaire, égale au SMIC. Ce nouveau dispositif correspond à une réduction forfaitaire de cotisations de 75 centimes d'euros par heure travaillée, non cumulable avec les autres exonérations ciblées. Son coût de près de 150 M€ en 2013 poursuivrait sa montée en charge avec une hausse de près de 30% en 2014 pour atteindre un montant proche de 200 M€. En 2014, le montant des allègements en faveur de l'emploi à domicile devrait augmenter de 4% pour atteindre 1,9 Md€.

Les mesures non compensées, que sont les emplois familiaux² et l'aide à domicile³, représentent 90% de l'ensemble des allègements liés à l'emploi à domicile. Le coût lié aux emplois familiaux serait en légère progression en 2014, après une hausse de 2,5 points en 2013. Son coût serait de près de 890 M€ en 2014. Quant à l'aide à domicile, le montant des allègements, proche de 830 M€ en 2014, progresserait au même rythme qu'en 2013.

Au total, la part des mesures non compensées continuerait de progresser

En 2013, le coût des exonérations compensées et non compensées a progressé (+4,1% pour les mesures compensées et +5,2% pour les non compensées). En 2014, il se réduirait de 1,7% pour les mesures compensées mais progresserait de 15% pour les mesures non compensées en raison principalement de la dynamique des emplois d'avenir et des contrats uniques d'insertion. Ainsi, la part relative des mesures non compensées dans l'ensemble des dispositifs d'exonération s'accroîtrait fortement, passant de 11,4% en 2013 à 12,8% en 2014 (cf. graphique 1).

¹ En plus de l'exonération de cotisations patronales, l'employeur bénéficie pour ces contrats d'une aide de l'Etat fixée en part de SMIC et peut être accordée pour une durée minimale de 12 mois et une durée maximale de 36 mois.

² L'exonération accordée aux personnes « fragiles » (personnes âgées de 70 ans ou plus, parents d'un enfant handicapé, etc...) au titre de l'emploi d'employés de maison, quelles que soient la forme et la durée du contrat de travail.

³ Les employeurs doivent être des personnes morales. Les salariés concernés sont ceux d'une structure déclarée assurant une activité d'aide à domicile ou de services à la personne auprès d'une personne « fragile ».

Tableau 3 • Montant des principales mesures d'exonérations ciblées entre 2011 et 2014

	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2014 (p)	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1 976,6	2 058,7	4,2	2 082,8	1,2	2 512,3	20,6
Mesures compensées	974,1	1 068,1	9,6	986,1	-7,7	1 014,4	2,9
Apprentissage	859,9	958,1	11,4	872,6	-8,9	911,6	4,5
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	13,5	12,3	-8,7	16,3	32,5	12,3	-25,1
Secteur agricole	60,4	54,7	-9,3	56,8	3,7	56,5	-0,5
Service civique	12,2	13,3	8,6	11,5	-13,5	-	-
Porteurs de presse	17,5	19,1	9,2	18,8	-1,9	22,3	18,6
Autres allègements	10,7	10,4	-2,2	10,1	-2,9	11,8	16,6
Mesures non compensées	1 002,4	990,6	-1,2	1 096,7	10,7	1 497,9	36,6
Contrat unique d'insertion	737,5	712,5	-3,4	700,2	-1,7	900,6	28,6
Emplois d'avenir	-	-	-	92,3	-	280,8	++
Contrat de reclassement professionnel	83,2	94,9	14,1	120,7	27,2	128,1	6,2
Exonération des cotisations des stagiaires	100,3	103,1	2,8	104,7	1,6	106,9	2,0
Associations intermédiaires	78,9	80,1	1,5	78,8	-1,6	81,4	3,4
CES et CEC	0,1	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Autres allègements	2,5	0,0	--	0,0	--	0,0	--
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	1 323,5	1 368,9	3,4	1 366,8	-0,2	1 230,0	-10,0
Mesures compensées	1 297,9	1 351,3	4,1	1 366,4	1,1	1 229,8	-10,0
Loi de programme pour l'outre-mer	910,8	983,6	8,0	996,2	1,3	925,8	-7,1
Exo AF ETI DOM	28,5	29,2	2,4	26,8	-8,3	38,0	41,9
Créations d'emploi en ZRR	183,7	163,4	-11,1	157,4	-3,7	117,6	-25,3
Salariés en Zones Franches Urbaines	137,8	129,7	-5,9	107,5	-17,1	77,5	-27,9
Créations d'emploi en ZRD	3,8	6,7	++	8,7	30,9	9,3	6,2
Créations d'emploi en ZRU	1,8	1,2	-32,7	1,2	-0,7	0,9	-22,1
Autres allègements	31,5	37,6	19,4	68,6	82,4	60,7	-11,5
Mesures non compensées	25,6	17,5	-31,5	0,4	--	0,3	-30,7
Salariés en Zones Franches Urbaines	0,5	0,4	-9,1	0,4	-12,2	0,3	-30,7
Bonus Outre-Mer	25,1	17,1	-32,0	-	-	-	-
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	1 611,8	1 669,2	3,6	1 863,6	11,6	1 939,4	4,1
Mesures compensées	35,3	-	-	146,9	-	190,4	29,6
Exonération forfaitaire de cotisation Maladie pour les EPM	-	-	-	146,9	-	190,4	29,6
Abattement de 15 points pour les EPM	29,7	-	-	-	-	-	-
Extension du champ des activités exonérées	5,6	-	-	-	-	-	-
Mesures non compensées	1 576,5	1 669,2	5,9	1 716,7	2,8	1 748,9	1,9
Emplois familiaux	855,0	860,4	0,6	881,7	2,5	886,6	0,6
Aide à domicile	692,0	774,0	11,9	800,0	3,3	825,3	3,2
CESU : exonération abondement entreprise	29,5	34,8	17,9	35,0	0,7	37,0	5,6
Autres exonérations	336,5	303,7	-9,7	338,3	11,4	360,5	6,5
Mesures compensées	225,6	205,5	-8,9	233,0	13,4	251,5	7,9
Jeunes entreprises innovantes	112,3	108,0	-3,9	111,6	3,3	138,4	24,1
Détenus et rapatriés	79,6	80,0	0,4	94,1	-	94,1	-
Jeunes entreprises universitaires	0,4	1,7	++	3,2	++	3,0	-4,2
Droit à l'image des sportifs	5,3	0,2	--	-	-	-	-
Micro-entreprises / auto entrepreneurs	6,0	5,6	-5,9	11,8	++	4,2	-64,1
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	6,3	-	-	-	-	-	-
Autres allègements	15,8	10,0	-36,7	12,5	24,8	11,7	-5,9
Mesures non compensées	110,9	98,3	-11,4	105,3	7,2	109,0	3,5
Exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	34,9	35,6	2,0	36,3	2,0	37,0	2,0
Exonération pour l'attribution gratuite d'actions	43,6	45,8	5,0	48,1	5,0	50,5	5,0
ACCRES	32,4	16,9	-47,8	21,0	23,9	21,5	2,8
Total des exonérations ciblées	5 248,3	5 400,5	2,9	5 651,6	4,6	6 042,2	6,9
Total des mesures compensées	2 532,9	2 624,9	3,6	2 732,4	4,1	2 686,1	-1,7
Total des mesures non compensées	2 715,4	2 775,6	2,2	2 919,1	5,2	3 356,1	15,0

Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A

Champ : régime général

Nota : Les montants des exonérations compensées indiqués ci-dessus sont des montants économiques rattachés à la période d'emploi de sorte à pouvoir être analysés correctement. Ils ne peuvent pas être comparés aux montants des dotations budgétaires affectées en compensation de la perte de cotisations causées par ces dispositifs, qui sont présentés dans la fiche 2.2, et qui correspondent au montant comptable des dotations enregistrés dans les comptes des régimes entre 2011 et 2013. Les données 2014 sont en revanche comparables, car il s'agit de prévisions, la dotation prévue correspond donc bien au montant estimé de l'exonération. L'exonération forfaitaire de cotisation maladie n'apparaît toutefois pas dans le tableau de la fiche 2.2 alors qu'elle apparaît dans le tableau ci-dessus, car cette exonération est compensée par de la TVA nette et non par l'affectation d'une dotation budgétaire.

2.4 La CSG

Après une croissance dynamique des recettes de CSG en 2012, sous l'effet des mesures nouvelles, le ralentissement de la conjoncture a limité la progression de la CSG en 2013

Le rendement de la CSG nette (régimes de base, FSV, CNSA et CADES) s'est élevé à 90,8 Md€ en 2013 pour l'ensemble de ses tributaires, soit une augmentation de 1% par rapport à leur niveau de 2012¹. Il s'élèverait à 92,3 Md€ en 2014 (+1,7% par rapport à 2013, cf. tableau 1). La progression du rendement de la CSG est essentiellement déterminée par la conjoncture. Les revenus d'activité représentant 70% de l'assiette de la CSG, et les revenus de remplacement près de 20% (cf. graphique 3 de la fiche 2.1), les évolutions de la masse salariale et de la masse des pensions de retraite sont en effet les principaux facteurs de l'augmentation des recettes de CSG. En 2013, la progression de la masse salariale du secteur privé s'est établie à 1,2%, l'écart entre cette évolution et celle du rendement de la CSG (+1%) s'explique principalement par le contrecoup des importantes régularisations comptables effectuées en 2012 sur le champ des travailleurs indépendants (cf. fiche 4.2 du rapport de septembre 2013). Les hypothèses d'évolution retenues (+2,2% pour la masse salariale et +2,6% pour la masse des pensions, sur les champs des salariés et retraités du secteur privé) expliquent la progression attendue du rendement de la CSG pour 2014.

La modification des clés de répartition décidée dans le cadre de la LFSS pour 2014 se traduit par un transfert de recettes entre affectataires

En 2013, la CNAM a reçu 61,1% du rendement total de la CSG (cf. graphique 1). Ses recettes brutes de CSG n'ont augmenté que de 0,3% (et ses recettes nettes de 0,7%), en raison notamment des règles de répartition de la CSG entre les différents régimes d'assurance maladie, qui figent *a priori* l'évolution des montants attribués aux régimes maladie autres que la CNAM (2,6% en 2013, cf. encadré 2 de la fiche 2.5). En 2014, la CNAM verrait ses recettes brutes diminuer de 0,1%, conséquemment à la modification des clés de répartition de la CSG entre ses différents tributaires. La part de CSG attribuée à la CNAM est en effet réduite de 0,05 point sur l'ensemble des assiettes de prélèvement (et de 0,09 point sur les salaires et les préretraites, cf. tableau 2). Là encore, les règles de répartition de la CSG entre les différents régimes maladie auront pour conséquence d'orienter vers la CNAM la totalité de la perte de rendement de la CSG maladie occasionnée par cette mesure (soit 0,9 Md€). En 2014, la CNAM verrait ainsi sa part dans le rendement total de la CSG réduite de 1,2 point (cf. graphique 2) tandis que celle des autres régimes maladie, dont le taux d'évolution est fixé à 3% pour 2014, passerait de 9,2% à 9,3%.

La CNAF a perçu 10,6% du rendement global de la CSG en 2013. Ses recettes brutes ont augmenté de 0,5% et ses recettes nettes de 0,8%. En 2014, la branche famille a bénéficié de l'attribution de 0,05 point de CSG supplémentaire. Ses recettes augmenteraient donc fortement, de près de 0,8 Md€ (+10%), et sa part dans le rendement total devrait s'accroître pour atteindre 11,6%.

Le FSV a reçu 11,7% de la CSG en 2013, ses recettes nettes de CSG ont augmenté de 5,3%. Cette forte hausse est liée au transfert de 0,036 point de CSG de la CNSA vers le FSV, en contrepartie de l'instauration de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), qui a bénéficié à la CNSA dès 2013 (cf. fiche 4.2 du rapport de septembre 2013). Ce swap de taux est maintenu en 2014, et la nouvelle hausse, de 0,06 point, de la part de la CSG du FSV devrait se traduire par un surcroît de recettes 0,2 Md€ (+3,6%).

La forte réduction des recettes de CSG de la CNSA en 2013 (-35%) s'explique par le transfert réciproque de recettes entre la CNSA et le FSV évoqué ci-dessus. La CNSA, qui a reçu 0,9% du rendement total de la CSG en 2013, verra encore son taux diminuer en 2014 (-0,06 point, soit 70 M€ environ). La réduction de ses recettes de CSG se poursuivrait donc, mais dans une moindre mesure que celle de 2013 (-7,8%).

Enfin, les recettes de la CADES (qui reçoit 6,5% du rendement de la CSG) ont évolué en 2013 à un rythme similaire à celui de la masse salariale (1,2%). Le taux de CSG qui lui est attribué restera inchangé en 2014, et ses recettes devraient croître de 1,8%.

¹ Le fort dynamisme des produits nets 2012 s'explique à la fois par une augmentation des restes à recouvrer et par les évolutions atypiques sur l'assiette des travailleurs indépendants qui s'était traduite par une forte augmentation à la fois des produits bruts et des provisions.

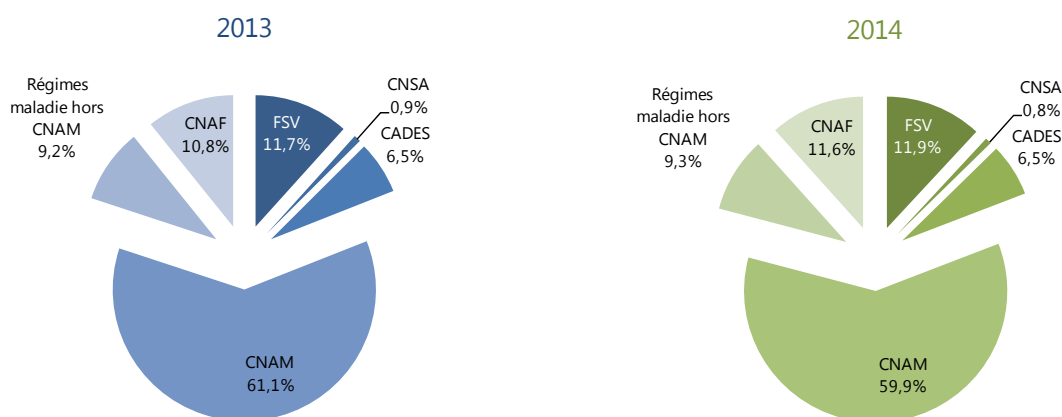
Tableau 1 • Rendement de la CSG par attributaire

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014	%
CNAM net	52 897	55 016	4,0	55 428	0,7	55 325	-0,2
CNAM brut	53 115	55 542	4,6	55 731	0,3	55 679	-0,1
Reprises nettes des provisions et ANV	-219	-526		-303		-353	
CNAF net	9 304	9 716	4,4	9 794	0,8	10 743	9,7
CNAF brut	9 328	9 766	4,7	9 813	0,5	10 765	9,7
Reprises nettes des provisions et ANV	-25	-50		-19		-22	
Régime général net	62 200	64 732	4,1	65 222	0,8	66 068	1,3
Régimes maladie autres que CNAM net	7 961	8 099	1,7	8 309	2,6	8 558	3,0
Régimes de base net	70 161	72 831	3,8	73 531	1,0	74 626	1,5
FSV net	9 644	10 066	4,4	10 598	5,3	10 981	3,6
FSV brut	9 683	10 157	4,9	10 662	5,0	11 051	3,6
Reprises nettes des provisions et ANV	-39	-91		-63		-70	
CNSA net	1 158	1 192	2,9	776	-34,8	716	-7,8
CADES net	5 588	5 818	4,1	5 885	1,2	5 990	1,8
Tous régimes net	86 551	89 907	3,9	90 791	1,0	92 312	1,7

Source : DSS/SDEPF/6A

Nota : les montants de CSG présentés ici ne sont pas consolidés des prises en charge de CSG du régime général faites par la CNAF au titre de la PAJE (cf. fiche 6.6).

Graphique 1 • Répartition du rendement de la CSG



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Impact estimé de la modification des clés de répartition de la CSG en 2014

	Répartition 2013					Répartition 2014					Impact estimé (M€)
	salaires et préretraites	revenus d'activité des indépendants	revenus de remplacement	revenus du capital	revenus des jeux	salaires et préretraites	revenus d'activité des indépendants	revenus de remplacement	revenus du capital	revenus des jeux	
Maladie	5,29	5,25	3,95/4,35	5,95	7,25	5,2	3,90/4,30	5,90	7,20	-940	
Famille	0,8	0,82		0,87		0,87		0,87		780	
FSV	0,866	0,886		0,892		0,892		0,892		230	
CNSA	0,064		0,058		0,058		0,058		-70		
CADES	0,48		0,48		0,48		0,48		0		
Total	7,50	6,20/6,60	8,20	9,50	7,50	6,20/6,60	8,20	9,50	0		

Source : DSS/SDEPF/6A

2.5 Les prélèvements sur les salaires du secteur privé

Environ 80% des cotisations et 60% des produits de CSG sur les revenus d'activité perçus par le régime général provenant du secteur privé (cf. tableau 1), la croissance de la masse salariale de ce secteur est le principal déterminant de l'évolution des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité¹. En 2013, la masse salariale du secteur privé a augmenté de 1,2%, sa composante « emploi » ayant reculé de 0,6 point tandis que le salaire moyen croissait de 1,8% (cf. graphique 1). En 2014, la croissance de la masse salariale devrait accélérer et s'établir à 2,2% du fait d'une légère reprise de l'emploi (0,1%) et d'une croissance du salaire moyen plus élevée que celle observée en 2013 (+2,1%).

Une progression des recettes soutenue par la réduction des exonérations et les mesures des dernières LFSS

En 2013, l'évolution des exonérations a été le principal déterminant de la forte hausse des cotisations au regard de la progression de la masse salariale ; elle devrait en rester un facteur essentiel en 2014

Dans le secteur privé, 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 (cf. graphique 2). En revanche, la dynamique des deux composantes de cet agrégat, cotisations d'une part et exonérations d'autre part, peut être différente, expliquant un écart entre l'évolution des cotisations et celle de la masse salariale.

Ainsi, en 2013, la croissance de la masse salariale du secteur privé n'explique que 1,2 point de l'augmentation de 3,38 points des cotisations sur ce champ (cf. tableau 2). L'évolution du montant global des exonérations explique 1,54 point de cet écart. La modification du dispositif d'exonération de cotisations salariales appliqué aux heures supplémentaires, qui limite, à compter du 1^{er} septembre 2012, l'exemption de cotisations aux entreprises de moins de 20 salariés, s'est traduite par un supplément de recettes de cotisations proche de 1,9 Md€, soit une contribution de 1,25 point à la croissance globale des cotisations sur le champ du secteur privé. Les exonérations générales sur les bas salaires ont diminué de 2%, en raison de la baisse de l'emploi et d'une évolution du SMIC moins rapide que celle du salaire moyen (1,3% contre 1,8%), ce qui a conduit à un surcroît de recettes de l'ordre de 0,6 Md€ et a donc également fortement contribué à la croissance des cotisations (+0,43 point). Les exonérations compensées par dotations budgétaires ont augmenté moins rapidement que la masse salariale, contribuant positivement à la croissance des cotisations des salariés du secteur privé, pour 0,01 point. A l'inverse, la forte hausse des exonérations non compensées, liées à la mise en place des emplois d'avenir (cf. fiches 2.2 et 2.3) a conduit à des pertes nettes de cotisations, de l'ordre de 0,2 Md€, soit une contribution négative de 0,15 point.

La croissance des cotisations du secteur privé devrait s'établir à 3,12% en 2014, soit un rythme supérieur de 0,92 point à celui de la masse salariale. Le recul des exonérations contribuerait encore fortement, pour 0,38 point, à cette progression, principalement en raison de la baisse des allègements généraux sur les bas salaires (avec une contribution positive de 0,4 point) induite par une progression du SMIC (1,1%) près de deux fois plus faible que celle des salaires (2,1%). La montée en charge des emplois d'avenir et la hausse des contrats uniques d'insertion devraient, à l'inverse, se traduire par une hausse des exonérations non compensées et contribueraient négativement à la croissance des cotisations du secteur privé (-0,11 point). La réduction du coût des autres dispositifs d'exonération (exonérations sur les heures supplémentaires et exonérations ciblées compensées par des dotations budgétaires de l'Etat) contribuerait également, mais de façon plus modérée (respectivement 0,04 point et 0,05 point) à la hausse des cotisations sur le champ des salariés du secteur privé.

¹ Le reste de ces recettes provient du secteur public, des travailleurs indépendants, des particuliers employeurs, des grandes entreprises nationales, des salariés agricoles. Les prélèvements sur les revenus d'activité relatifs à ces autres assiettes sont présentés dans la fiche 2.6 du rapport.

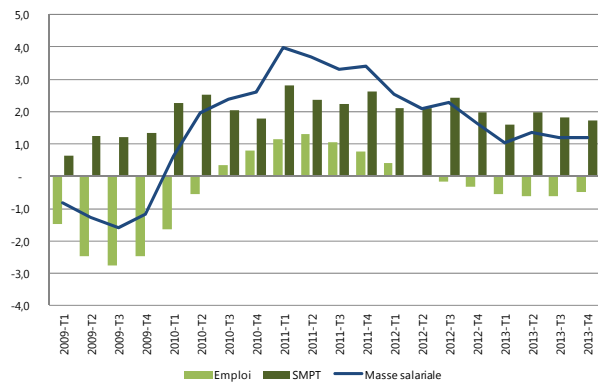
Tableau 1 • Prélèvements sur l'ensemble des revenus d'activité et sur les salaires du secteur privé (régime général)

Montants en millions d'euros, évolution en %

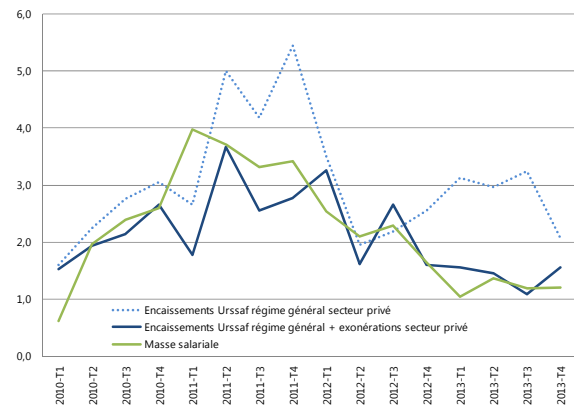
	2012	2013	Evolution	Part du secteur privé	2014 (p)	Evolution	Part du secteur privé
Cotisations brutes sur rev. activité	184 854	190 403	3,0		195 606	2,7	
Secteur privé	148 925	153 965	3,4	81%	158 764	3,1	81%
CSG sur les revenus d'activité	63 256	63 814	0,9		64 967	1,8	
Secteur privé	38 780	39 261	1,2	62%	40 105	2,2	62%

Source : DSS/SDEPF/6A

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



Graphique 2 • Masse salariale et encaissements du secteur privé



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

Note de lecture graphique 2 : L'évolution des encaissements du secteur privé dépend principalement du rythme de l'assiette (masse salariale), de l'évolution des exonérations et des changements de législation (variation de taux notamment). L'agrégat "encaissements+exonérations" est conceptuellement le plus proche de l'assiette, mais peut s'en écarter ponctuellement. Par exemple en 2013, il diverge de l'évolution de la masse salariale en raison des hausses de cotisations retraite et AT. La zone entre traits fins et pointillés illustre l'impact des exonérations sur l'évolution des encaissements.

Tableau 2 • Décomposition de la croissance des cotisations sur les salaires du secteur privé (régime général)

	<i>en points</i>	
	2013	2014 (p)
Croissance de la masse salariale du secteur privé	1,20	2,20
Effet exonérations	1,54	0,38
dont exonérations compensées par dotations budgétaires	0,01	0,05
dont allègements sur les bas salaires	0,43	0,40
dont exonérations heures supplémentaires	1,25	0,04
dont exonérations non compensées	-0,15	-0,11
Effet plafond	0,07	-0,15
Mesures de la LFSS pour 2013	0,61	0,27
Hausse des taux de cotisation vieillesse plafonnée	0,44	0,27
Hausse des taux de cotisation AT-MP	0,13	
Baisse du seuil des indemnités de rupture	0,03	
Mesures de la LFSS pour 2014		0,42
Hausse des taux de cotisation vieillesse déplafonnée		0,92
Baisse des taux de cotisation famille		-0,50
Effet des erreurs de PAR	0,00	
Ecart expliqué	2,22	0,92
Croissance des cotisations du secteur privé	3,38	3,12

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

Les mesures des différentes LFSS ont fortement soutenu la croissance des cotisations en 2013 ; elles seraient le principal déterminant de l'écart entre la progression de la masse salariale et celle des cotisations en 2014

L'élargissement du droit à la retraite à 60 ans au titre des carrières longues, décidé en juillet 2012, a été financé par une hausse progressive des taux de cotisation de la branche vieillesse sur la période 2012-2017.

Dans ce cadre, une hausse de 0,2 point du taux de la cotisation plafonnée de la branche vieillesse est intervenue le 1^{er} novembre 2012 et s'est traduite par un surcroît de cotisations de 0,7 Md€ en 2013. Cette mesure a ainsi contribué pour 0,44 point à la croissance des cotisations du secteur privé. La hausse supplémentaire de 0,1 point à compter de janvier 2014 devrait entraîner une hausse de 0,4 Md€ des cotisations et contribuer pour 0,27 point à leur progression.

La revalorisation des taux de cotisation AT-MP en 2013 s'est traduite par une hausse des cotisations de l'ordre de 0,2 Md€, soit une contribution de 0,13 point à la croissance des cotisations sur le champ des salariés du secteur privé.

Par ailleurs, la baisse de 3 à 2 plafonds de la sécurité sociale du seuil d'assujettissement des indemnités versées lors de la rupture d'un contrat de travail, décidée en LFSS pour 2012, s'est traduite par une hausse des cotisations de 49 M€ en 2013, soit une contribution 0,03 point à la croissance des cotisations.

La LFSS pour 2014 a prévu une augmentation de 0,3 point des taux de cotisation vieillesse déplafonnée qui devrait induire un supplément de 1,4 Md€ de cotisations pour la CNAV, soit une contribution de 0,92 point à la croissance globale des cotisations du secteur privé en 2014. En contrepartie, une baisse de 0,15 point de la cotisation famille a été décidée. Elle devrait se traduire, sur le seul champ des salariés du secteur privé, par une perte de recettes pour la CNAF de l'ordre de 0,8 Md€ soit une contribution négative de 0,5 point.

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 1,8% (cf. encadré 1) au 1^{er} janvier 2013, une progression légèrement supérieure à celle du salaire moyen observée en 2013 (1,78%). Ainsi, pour l'ensemble des salariés dont le salaire est supérieur au plafond, les cotisations versées ont augmenté plus vite que le salaire moyen. C'est pourquoi la masse salariale plafonnée, mesurée sur le champ des salariés du secteur privé, a augmenté de 1,24% au lieu de 1,22% pour la masse salariale totale. L'impact positif de cet effet sur les cotisations est donc modéré et s'établit à 0,07 point. En 2014, le plafond a été revalorisé de 1,4%, soit un taux bien inférieur à celui attendu pour le salaire moyen par tête (2,1%). L'effet plafond jouerait donc négativement, en 2014 (-0,15 point).

L'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité avait soutenu la progression des recettes en 2012. En 2013 et 2014, leur évolution s'établit à un niveau très proche de celui de la masse salariale

La contribution sociale généralisée n'étant que très peu concernée par des mesures d'exonération, l'évolution de ces dernières n'a qu'un impact négligeable sur l'évolution des produits de la CSG. La mesure de réduction de 3% à 1,75% du taux d'abattement de l'assiette, votée en LFSS pour 2012 avait eu pour effet un accroissement notable des produits de CSG (+0,8 Md€ dont +0,5 Md€ pour le secteur privé) et fortement contribué à la croissance des recettes de CSG (cf. fiche 3.2 du rapport de septembre 2013).

En 2013, aucune modification d'assiette ou de taux global de la CSG sur les salaires du secteur privé n'est intervenue, l'évolution de ces recettes s'est donc établie à un niveau très proche de la croissance de la masse salariale (+1,2%, cf. tableau 4). La progression du rendement de la CSG sur les salaires du secteur privé devrait également être similaire en 2014 à celle de la croissance de la masse salariale sur ce champ, soit +2,2%.

Tableau 3 • Impact estimé des modifications des taux de cotisation prévues par les LFSS pour 2013 et 2014 sur le champ du secteur public

	en millions d'euros				
	2012	2013		2014 (p)	
	Taux en vigueur *	Taux en vigueur	Impact de la variation du taux	Taux en vigueur	Impact de la variation du taux
Mesures de la LFSS pour 2013			860		420
Hausse du taux de cotisation vieillesse plafonnée	14,98%	15,15%	660	15,25%	420
Hausse du taux de cotisation AT-MP	2,10%	2,15%	200	2,15%	
Mesures de la LFSS pour 2014			-		650
Hausse des taux de cotisation vieillesse déplafonnée	1,70%	1,70%		2,00%	1410
Baisse du taux de cotisation famille	5,40%	5,40%		5,25%	-760

Source : DSS/SDEPF/6A

* Le taux de cotisation vieillesse plafonnée est passé de 14,95% à 15,15% à compter du 1^{er} novembre 2012. Le taux indiqué dans ce tableau est un taux moyen sur l'année 2012.

Encadré 1 • Revalorisation du plafond de la sécurité sociale

La procédure de fixation du plafond de la sécurité sociale est définie par les articles D.242-16 à D.242-19 du Code de la sécurité sociale. L'indice utilisé depuis 1984 pour la revalorisation du plafond au 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 pour l'année N.

En 2013, le plafond de la sécurité sociale s'est établi à 37 032 €, contre 36 372 € en 2012, et 35 352 € en 2011. Cela représente une augmentation de 1,8% en 2013 après 2,9% en 2012. Pour 2014, la revalorisation a été fixée en tenant compte de l'estimation effectuée en septembre 2012 du SMPT pour 2012, soit 2,4%, et d'une régularisation au titre de 2011 de -0,6 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2011 (+2,4%) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances pour 2012 (+3%). En 2014, le plafond est porté à 37 548 €, en progression de 1,4%, compte tenu d'une estimation du SMPT 2013 de 1,90% et d'une régularisation au titre de 2012 de -0,5 point correspondant à l'écart entre l'estimation actuelle du taux de croissance du SMPT et la prévision qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances pour 2013 (2,4%).

en %

Revalorisation du plafond 2013		Revalorisation du plafond 2014	
Taux de croissance du SMPT 2012 (A)	2,4	Taux de croissance du SMPT 2013 (A)	1,9
<u>Correction SMPT 2011:</u>		<u>Correction SMPT 2012:</u>	
SMPT 2011 prévu lors de la fixation du plafond 2012	3,0	SMPT 2012 prévu lors de la fixation du plafond 2013	2,4
SMPT 2011	2,4	SMPT 2012	1,9
Correctif plafond (B)	-0,6	Correctif plafond (B)	-0,5
Evolution du plafond 2013 (A+B)	1,80	Evolution du plafond 2014 (A+B)	1,40

Tableau 4 • Décomposition de la croissance des recettes de CSG assise sur les salaires du secteur privé

	2013							2014 (p)						
	CNAM	AR	CNAF	FSV	CNSA	CADES	Total	CNAM	AR	CNAF	FSV	CNSA	CADES	Total
Croissance de la masse salariale du secteur privé	1,2							2,2						
Impact sur la CNAM de la répartition de la CSG maladie	-0,1	0,6					0,0	-0,2	0,8					0,0
Impact des changements de taux 2013 (FSV et CNSA)				4,4	-36,7		0,0							0,0
Impact des changements de taux 2014							0,0	-2,2		8,8	3,0	-9,7		0,0
Effet des erreurs de PAR	0,0		0,1	0,1	0,1	0,0	0,0							0,0
Ecart expliqué	-0,1	0,6	0,1	4,5	-36,6	0,0	0,0	-2,3	0,8	8,8	3,0	-9,7	0,0	0,0
Croissance des recettes de CSG prélevée sur les revenus d'activité du secteur privé	1,1	1,8	1,3	5,5	-34,7	1,4	1,2	-0,1	3,0	11,0	5,2	-7,5	2,2	2,2

Source : DSS/SDEPF/6A

Nota : AR = autres régimes d'assurance maladie que la CNAM.

Des évolutions différenciées selon les branches

En 2014, la progression des cotisations de la branche vieillesse s'établirait autour de 5%, soit une croissance bien plus rapide que celle des autres branches, comme en 2013 (cf. tableau 5). Cela résulte de plusieurs facteurs. La modification du dispositif d'exonération des heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 (suppression de l'exonération de cotisations salariales et aménagement de la déduction forfaitaire de cotisations patronales, qui ne concerne désormais que les entreprises de moins de 20 salariés) est le principal facteur de cette croissance. Cette mesure s'est traduite par une réduction de 1,9 Md€ des exonérations (dont près de 1,6 Md€ pour la CNAV). Si l'impact est important sur les cotisations, il est toutefois neutre sur le solde des régimes, puisque ces exonérations étaient compensées par un panier de recettes fiscales qui diminue en conséquence (cf. fiche 2.2). L'augmentation de 0,2 point des taux de cotisation retraite plafonnée à compter du 1^{er} novembre 2012 a donné lieu, en 2013, à une hausse des recettes de l'ordre de 0,7 Md€. La hausse supplémentaire de 0,1 point de ces taux à compter du 1^{er} janvier 2014 devrait se traduire par une augmentation de 0,4 Md€. L'augmentation de 0,3 point des taux de cotisation retraite déplafonnée prévue par ailleurs par la LFSS pour 2014 devrait conduire à un surcroît de recettes de 1,4 Md€ sur le champ des salariés du secteur privé et contribuer fortement à la croissance des cotisations de la CNAV en 2014. Enfin, les cotisations de la branche vieillesse ont été plus dynamiques en 2013 en raison de l'effet plafond positif. A l'inverse, l'effet plafond négatif en 2014, devrait atténuer la progression des cotisations de la CNAV, mais de façon modérée. La répartition des allègements généraux de cotisation sur les bas salaires a été modifiée par la LFSS pour 2014 afin de tenir compte de l'évolution des taux de cotisation intervenue ces dernières années. Ainsi, en 2014, 36,5% de ces allègements pèseront sur la CNAV contre 34,5% les années précédentes. Cela viendra minorer la croissance des cotisations de la CNAV, mais de façon limitée compte tenu de la baisse attendue du montant global des allègements (-1%).

La progression plus rapide des produits de cotisation de la branche AT-MP (+4,1%) par rapport à celle de la CNAM et de la CNAF en 2013 est liée au relèvement de 0,05 point du taux de cotisation AT-MP, qui s'est traduit par un supplément de recettes de 200 M€. En 2014, la croissance des cotisations reçues par la CNAM-AT devrait s'établir au même niveau que la progression de la masse salariale du secteur privé, soit 2,2%.

La baisse de 0,15 point du taux de cotisation famille en 2014 explique la prévision de croissance atone (0,2%) des recettes de cotisation de la CNAF sur le champ des salariés du secteur privé. La CNAF bénéficie cependant de la modification des clés de répartition des allègements généraux sur les bas salaires, sa part passant de 19,5% à 18,5%, qui viendra atténuer la perte de recettes de cotisations de la branche famille en 2014.

A l'instar de la CNAF, la croissance des cotisations de la CNAM sera soutenue par la baisse des exonérations de cotisations qui pèsent sur la branche. En effet, elle voit sa part dans la répartition des allègements généraux réduite d'un point, pour s'établir à 45% en 2014. En conséquence, la croissance des cotisations de la CNAM sur le champ des salariés du secteur privé devrait s'élever à 2,9%, soit un rythme supérieur à celui de la masse salariale.

La progression analogue du rendement de la CSG et de la masse salariale en 2013 et 2014 ne se vérifie que si l'on considère l'ensemble des attributaires, les modifications des clés de répartition de la CSG décidées en LFSS pour 2013 et 2014, et les règles de répartition de la CSG maladie se traduisant en effet par des évolutions différenciées entre attributaires. Le montant de la CSG sur les salaires du secteur privé attribué à la CNAM n'a évolué que de 1,1% en 2013 alors que celui des autres régimes maladie a augmenté de 1,8% (cf. tableau 4). Le swap de taux de 0,036 point entre le FSV et la CNSA a contribué positivement, pour 4,4 points, à la croissance des recettes de CSG du FSV et négativement, pour 37 points, à celle de la CNSA. Ce swap serait renforcé temporairement en 2014, via le transfert d'une fraction supplémentaire de 0,06 point de CSG de la CNSA vers le FSV, qui devrait conduire à une diminution de 7,5% des recettes de la CNSA et une hausse de 5,2% de celles du FSV. La modification des clés de répartition de la CSG en 2014 devrait également contribuer fortement à la croissance des recettes de CSG de la CNAF (pour 8,8 points) tandis qu'elle expliquerait une baisse de 2,2 points de l'évolution des recettes de CSG de la CNAM, dont les recettes de CSG diminueraient de 0,1%.

Encadré 2 • Modalités de répartition de la CSG maladie entre les différents régimes de base

Les montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que le régime général sont fixés chaque année par arrêté. Les montants initiaux qui ont servi de base de calcul pour ce mécanisme de répartition ont été déterminés pour chacun des régimes sur la base des pertes de cotisations maladie au titre de 1998, lorsque la CSG s'est substituée presque intégralement à ces cotisations. Pour chaque année, les montants de CSG affectés à chacun des régimes maladie autres que la CNAM sont établis en fonction des montants attribués l'année précédente, revalorisés de la progression de la valeur de point de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement entre les deux dernières années connues : pour la fixation des montants en 2013, les montants 2012 ont été revalorisés de la hausse des revenus d'activité et de remplacement entre 2010 et 2011, soit 2,7%. Pour 2014, les montants 2013 sont revalorisés de la hausse des revenus de remplacement entre 2011 et 2012, soit 3%. Ce mécanisme se traduit par des décalages temporels importants entre l'évolution des revenus et celle des montants de CSG affectés aux régimes.

en millions d'euros

	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CNAM	55 542	4,8	55 731	0,3	55 679	-0,1
RSI (CANAM)	3 349	1,7	3 439	2,7	3 542	3,0
Salariés agricoles	1 373	1,7	1 410	2,7	1 452	3,0
Exploitants agricoles	1 161	1,7	1 192	2,7	1 228	3,0
CNMSS	968	1,7	994	2,7	1 024	3,0
SNCF	647	1,7	665	2,7	685	3,0
Mines	216	1,7	222	2,7	229	3,0
CRPCEN	132	1,7	136	2,7	140	3,0
RATP	116	1,7	119	2,7	122	3,0
ENIM	90	1,7	92	2,7	95	3,0
CAVIMAC	38	1,7	39	2,7	40	3,0
CCIP*	9	1,7	-	-	-	3,0
Port autonome de Bordeaux	1	1,7	1	2,7	1	3,0
Régimes maladie hors CNAM	8 099		8 309	2,6	8 558	3,0
Ensemble	63 641	4,4	64 040	0,6	64 237	0,3

* La CCIP a été intégrée à la CNAM en 2013. Cela explique que l'évolution globale de la CSG attribuée aux régimes autres que la CNAM n'ait globalement progressé que de 2,6% alors que le taux d'évolution était fixé à 2,7%.

Tableau 5 • Evolution des cotisations du secteur privé, par branche du régime général

en millions d'euros

	2012	2013	%	2014(p)	%
CNAM-M	56 028	57 185	2,1	58 911	3,0
CNAM-AT	10 631	11 075	4,2	11 316	2,2
CNAV	60 059	63 122	5,1	65 895	4,4
CNAF	22 207	22 584	1,7	22 642	0,3
Régime général	148 925	153 965	3,4	158 764	3,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 6 • Evolution de la CSG prélevée sur les salaires du secteur privé, par attributaire

en millions d'euros

	2012	2013	%	2014 (p)	%
Régimes maladie	27 356	27 686	1,2	27 804	0,4
CNAF	4 140	4 196	1,3	4 658	11,0
FSV	4 293	4 530	5,5	4 763	5,2
CNSA	513	335	-34,7	310	-7,5
CADES	2 478	2 514	1,4	2 569	2,2
Tous attributaires	38 780	39 261	1,2	40 105	2,2

Source : DSS/SDEPF/6A

2.6 Les prélèvements sur les autres revenus d'activité

Les prélèvements sur les salaires des agents du secteur public¹ constituent 13,5% des recettes totales de cotisations sur les revenus d'activité et 20% des produits de CSG sur cette même assiette (cf. graphiques 1). Le rendement des cotisations a progressé de 2,8% en 2013, malgré le faible dynamisme de l'assiette publique (+1,2%) lié à la diminution des effectifs et à l'évolution modérée des rémunérations individuelles. Cette progression relativement rapide des cotisations s'explique principalement par la hausse de 0,2 point des taux de cotisation retraite au 1^{er} novembre 2012. En effet, cette hausse concerne également les salariés non titulaires du secteur public et a conduit à ce titre à un supplément de recettes de l'ordre de 50 M€ pour la CNAV. En outre, la mesure d'élargissement de la couverture sociale des élus locaux, dont l'impact est estimé à 150 M€ pour 2013, toutes branches confondues, a également participé à l'accroissement des cotisations en 2013. Le ralentissement prévu sur 2014, avec une croissance des cotisations limitée à 0,9% pour le secteur public (soit 0,5 point de moins que l'hypothèse d'évolution retenue pour la masse des salaires publics) s'explique par le fait que l'impact, pour le régime général, des hausses de taux de cotisation retraite plafonnée et déplafonnée (+130 M€) sera inférieur à celui de la baisse de la cotisation famille (-200 M€). En effet, seuls les non titulaires de l'administration et des collectivités locales sont affiliés à la CNAV, alors que l'ensemble de la fonction publique, y compris les titulaires, cotise à la CNAF. En outre, la hausse du montant des exonérations non compensées, essentiellement liée à la montée en charge du dispositif des emplois d'avenir dont une grande part concerne le secteur public, viendra ralentir la croissance des recettes de cotisation sur ce champ en 2014. Enfin, en 2014, le rendement de la CSG sur les salaires publics devrait progresser à un rythme proche de la masse salariale de ce secteur (1,2%).

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs (employeurs de personnel de maison, EPM) représentent moins de 2% des recettes sur les revenus d'activité du régime général. Sur ce champ, les cotisations n'ont augmenté que de 0,2% en 2013, en raison de la forte baisse des cotisations reçues par la CNAM (-10%) liée à la mise en place en 2013 de l'exonération forfaitaire de cotisation maladie (cf. fiche 2.3). La croissance des cotisations reçues par les autres branches du régime général et celle de la CSG s'établissent à un niveau élevé, proche de 4% du fait de la suppression de l'assiette forfaitaire dont bénéficiaient les EPM pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Pour la branche vieillesse, la progression des cotisations est encore plus dynamique ; elle s'établit à 5,5%, compte tenu de la hausse du taux de cotisation retraite plafonnée intervenue fin 2012. Ces mesures successives, ajoutées aux effets de la dégradation économique, ont cependant pour conséquence un ralentissement marqué de l'emploi dans le secteur. Alors que le secteur de l'emploi par les particuliers progressait ces dernières années à un rythme supérieur à celui du secteur privé, il devrait croître un point moins vite que l'emploi salarié dans le secteur privé en 2014. La croissance des cotisations des EPM devrait s'établir à 1%, et le rendement de la CSG devrait progresser de 0,8%.

Sur le champ des grandes entreprises nationales (SNCF, RATP, EDF et GDF, qui représentent 1,5% du rendement total des prélèvements sur les revenus d'activité), l'alignement, en 2012, des taux de cotisation maladie et famille des industries électriques et gazières sur les taux de droit commun s'était traduit par une hausse importante des recettes et expliquait l'évolution très dynamique des cotisations (+9%). Les recettes de cotisations des GEN ont reculé en 2013 (-1,4%) et devraient encore diminuer en 2014 (-0,4%) compte tenu des prévisions de ralentissement des masses salariales dans ce secteur. Les évolutions du rendement de la CSG entre 2012 et 2014 sur le champ des GEN (et des autres actifs), significatives sur le plan économique, résultent d'une imputation comptable erronée des recettes de la RATP en 2012, et des corrections opérées les années suivantes.

Les prélèvements sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants représentent 2,2% du rendement des cotisations et 12% des recettes de CSG. Après de fortes hausses imputables à des régularisations très importantes au titre des années antérieures en 2012 (cf. fiche 3.3 du rapport de la CCSS de septembre 2013), les prélèvements sur les revenus des travailleurs indépendants ont baissé en 2013 (-5%) et devraient encore diminuer en 2014 (-2% pour les cotisations) ou stagner (+0,3% pour la CSG).

¹ Les produits de cotisations du secteur public qui bénéficient au régime général sont les cotisations versées aux quatre branches par les agents non titulaires des trois fonctions publiques et les cotisations maladie et famille des agents titulaires.

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

	en millions d'euros							
	2011		2012		2013		2014 (p)	
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%	
Cotisations brutes sur rev. activité	179 182	184 854	3,2	190 403	3,0	195 606	2,7	
Secteur privé	144 705	148 925	2,9	153 965	3,4	158 764	3,1	
Secteur public	24 379	24 986	2,5	25 685	2,8	25 915	0,9	
EPM	3 239	3 263	0,8	3 270	0,2	3 303	1,0	
Grandes entreprises nationales	1 826	1 991	9,1	1 964	-1,4	1 956	-0,4	
Travailleurs indépendants	3 858	4 432	14,9	4 208	-5,0	4 124	-2,0	
Autres actifs	1 175	1 256	6,9	1 311	4,4	1 545	17,8	
CSG sur les revenus d'activité	60 761	63 256	4,1	63 767	0,8	64 967	1,9	
Secteur privé	37 600	38 780	3,1	39 261	1,2	40 105	2,2	
Secteur public	12 191	12 527	2,8	12 677	1,2	12 834	1,2	
EPM	805	820	1,8	853	4,1	860	0,8	
Grandes entreprises nationales	1 043	967	-7,2	1 232	27,3	1 140	-7,4	
Travailleurs indépendants	6 833	7 735	13,2	7 364	-4,8	7 387	0,3	
Autres actifs	2 289	2 426	6,0	2 381	-1,9	2 641	10,9	

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Contribution de chaque assiette à la croissance totale des recettes

	en points		
	2012	2013	2014 (p)
Croissance des cotisations	3,2	3,0	2,7
Secteur privé	2,4	2,7	2,5
Secteur public	0,3	0,4	0,1
EPM	0,0	0,0	0,0
Grandes entreprises nationales	0,1	0,0	0,0
Travailleurs indépendants	0,3	-0,1	0,0
Autres actifs	0,0	0,0	0,1

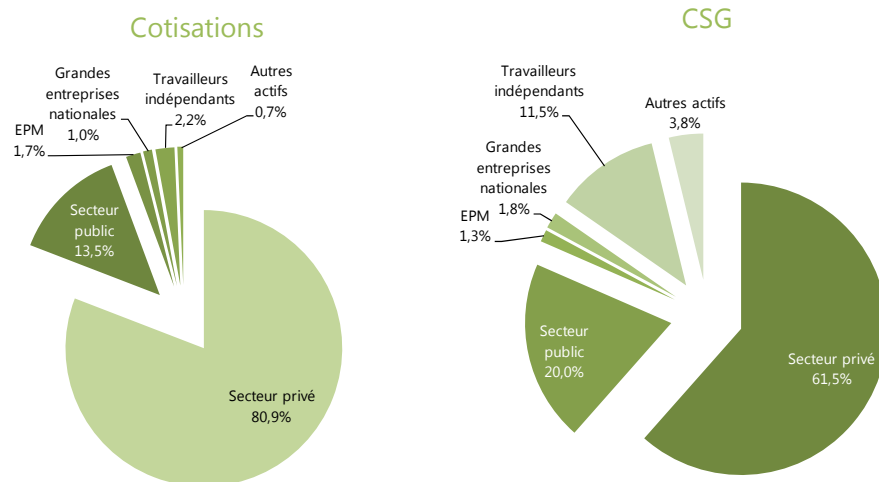
Source: DSS/SDEPF/6A

	en points		
	2012	2013	2014 (p)
Croissance de la CSG	4,1	0,8	1,9
Secteur privé	1,9	0,8	1,3
Secteur public	0,6	0,2	0,2
EPM	0,0	0,1	0,0
Grandes entreprises nationales	-0,1	0,4	-0,1
Travailleurs indépendants	1,5	-0,6	0,0
Autres actifs	0,2	-0,1	0,4

Source: DSS/SDEPF/6A

Source : DSS/SDEPF/6A

Graphiques 1 • Part de chaque secteur dans les recettes de cotisation et de CSG sur les revenus d'activité en 2013



Source : DSS/SDEPF/6A

2.7 Les créances sur les entreprises

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

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

Le taux de restes à recouvrer a baissé de 0,18 point en 2013

Après une légère hausse en 2012 (0,03 point), le taux de RAR calculé sur les cotisations et contributions toutes catégories de cotisants confondues a baissé de 0,18 point en 2013, pour atteindre 2,29% (cf. tableau 1).

Depuis 2008, son évolution doit s'apprécier dans le contexte de la mise en place de « l'interlocuteur social unique » (ISU) du RSI. En effet, celle-ci a conduit, pour les travailleurs indépendants (TI) n'ayant pas communiqué leur revenu, à émettre des taxations d'office (TO) au titre de l'activité non encore déclarée, calculée sur une assiette très élevée et croissante avec le nombre d'années sans revenu déclaré. Le taux de RAR des TI ne traduit donc pas la situation réelle du recouvrement, qui reste fortement perturbé par les TO (pesant encore pour près de la moitié de leur RAR en 2013). Toutefois, la situation des TI s'améliore en 2013 : le taux de RAR baisse de 1,9 point (16,3%) et celui hors TO de 1,1 point (8,7%).

Sur le champ du secteur privé, l'évolution du taux de RAR est corrélée à la conjoncture économique. En 2013, les difficultés des entreprises semblent se stabiliser avec une hausse du taux de RAR qui se réduit au fil des mois ; il s'élève ainsi 1,3% en fin d'année, soit une stabilisation par rapport à fin 2012 (+0,01 point).

Ainsi, la baisse du taux global des RAR s'explique par celle des TI et plus particulièrement par ceux relevant de l'ISU et payant leurs cotisations trimestriellement (-5,4 points). En outre, le taux moyen de RAR du secteur public baisse en 2013 (-0,14 point) après une année 2012 marquée par des difficultés de paiement des hôpitaux publics, ce qui contribue également, bien que dans une moindre mesure, au recul du taux de RAR global. Apprécié hors TI, le taux de RAR s'élève à 1,12%, en baisse de 0,02 point par rapport à 2012.

Les charges nettes liées aux opérations sur créances du régime général (2,2 Md€) ont baissé de 0,6 Md€ en 2013

Ces charges recouvrent les pertes sur créances et les dotations nettes pour dépréciation des créances. La baisse de ces charges en 2013 s'explique principalement par une baisse des dotations nettes pour dépréciations des créances de 982 M€ (cf. tableau 2). En effet, le stock des créances du régime général fin 2013 (16,3 Md€) a été déprécié à 86,3%, soit 14,1 Md€ de provisions. Une reprise nette de 64 M€ a donc été comptabilisée en 2013 après une dotation nette de 918 M€ en 2012. Cette reprise nette en 2013 s'explique par :

- un **effet créance** (-54 M€) imputable à la baisse du stock de créances (58 M€), liée notamment à une politique ciblée sur la résorption des créances des TI en situation de TO successives et à l'admission en non valeur pour la première année de créances des TI ISU ;
- un **effet taux** de -10 M€ qui résulte de la baisse de 0,1 point du taux moyen de dépréciation des créances estimé à partir de la méthode de provisionnement utilisée.

Par ailleurs, les pertes sur créances augmentent de 403 M€ en 2013 pour atteindre 2,24 Md€. En effet, les créances des TI ISU admises en non valeur pour la première année sont estimées à 348 M€ pour le régime général.

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

	en %						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Secteur privé	0,86	1,04	1,45	1,23	1,18	1,29	1,30
Moins de 10 salariés	3,34	3,80	4,67	4,45	4,27	4,35	4,53
Plus de 9 salariés	0,44	0,57	0,92	0,72	0,71	0,82	0,81
Taxe pharmaceutique + contribution Amiante	0,37	0,12	0,07	0,12	0,15	0,19	0,07
Secteur public	0,07	0,09	0,11	0,12	0,22	0,30	0,16
Travailleurs Indépendants	5,87	11,10	18,25	21,56	19,11	18,19	16,25
à échéance mensuelle	1,19	4,64	6,79	8,20	6,01	5,22	5,06
à échéance trimestrielle	10,17	28,02	38,58	42,45	36,53	33,47	29,40
Employeurs de Personnels de Maison	0,66	0,85	0,91	0,96	1,10	1,06	1,11
Praticiens et auxiliaires médicaux	7,55	8,13	12,52	10,12	10,10	10,05	7,34
Assurés Volontaires / Régime de résidence	4,86	6,33	2,96	2,48	1,73	2,08	2,00
Divers (y compris CMU)	0,04	0,17	0,31	0,25	0,24	0,43	0,24
Total	0,95	1,71	2,73	2,84	2,44	2,47	2,29
Total Hors travailleurs indépendants	0,73	0,87	1,21	1,03	1,03	1,14	1,12

Source : Estimation ACOSS

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

	en millions d'euros						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Produits des URSSAF (1)	204 883	211 200	212 938	216 780	227 147	231 919	240 010
Encaissements des URSSAF (2)	202 256	207 778	207 842	212 113	223 165	227 610	235 711
Charges (3)	213	148	179	150	151	166	163
Nouvelles créances de l'exercice (4)=(1)-(2)-(3)	2 414	3 274	4 917	4 516	3 831	4 143	4 136
Taux de RAR de l'exercice (5)=(4)/(1)	1,18%	1,55%	2,31%	2,08%	1,69%	1,79%	1,72%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 620	2 361	1 957	2 007	1 852	1 842	2 245
Dotations aux provisions pour nouvelles créances (7)	1 798	2 420	3 881	3 635	3 070	3 322	3 248
Dotations nettes aux provisions (8)	-72	-216	1 747	1 004	270	918	-64
Charges nettes liées aux opérations sur créances (9)=(6)+(8)	1 548	2 145	3 704	3 011	2 122	2 760	2 181

Source : Estimation ACOSS

- les produits (1), encaissements (2) et charges (3) sur les salaires versés au titre de l'exercice arrêtés au 31 décembre, sont déterminés à partir de données comptables. Les produits, encaissements et charges relatifs à des salaires versés en décembre N et comptabilisés en N+1 (jusqu'à fin janvier) sont estimés.
- nouvelles créances de l'exercice (4) : il s'agit de la différence entre les produits (1) sur les salaires versés lors de l'exercice comptable (de janvier à décembre en droits constatés) et les encaissements (2) et charges (3) enregistrés se rattachant à ces produits. Ainsi les créances découvertes lors de l'exercice mais dont la période de salaire se rattache à un exercice antérieur (suite à un contrôle par exemple) ne sont pas incluses dans ce montant (elles font cependant, lors de leur découverte, l'objet d'un provisionnement qui est pris en compte dans les dotations nettes aux provisions (8) mais pas dans les dotations pour nouvelles créances de l'exercice (7)).
- taux de RAR de l'exercice (5) : ce taux rapporte les créances nouvelles (4) aux produits comptables (1). Il diffère du taux de RAR du dernier exercice présenté dans le tableau 1 parce qu'il est restreint au seul régime général, qu'il intègre les majorations et pénalités et qu'il est arrêté au 31 janvier N+1 (31 décembre N dans le tableau 1) pour tenir compte des cotisations des salaires de décembre exigibles en janvier. Le taux de RAR du tableau 1 (2,29%) calculé sur l'ensemble du régime général et des tiers, s'établit à 2,44% en 2013 en tenant compte des majorations et pénalités et en neutralisant les charges, contre 1,72% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2013).
- pertes sur créances irrécouvrables (6) : elles regroupent les admissions en non valeur (ANV), les annulations et abandons de créances (inscrites en charges dans les comptes et entraînant des reprises sur provisions inscrites en produits pour un montant très proche, égal à la part préalablement provisionnée de ces créances (voisine de 90%)).
- dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7) : 78,5% des nouvelles créances de l'exercice (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte de leur risque de non recouvrement. Ce taux intègre les corrections de provisions au titre des RAR des TI en TO depuis plusieurs exercices.
- dotations nettes aux provisions (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises sur provisions inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité de ces créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables. L'ensemble des corrections de provisions passées en notifications additives en 2013 sont prises en compte.
- charges nettes (9) : somme des pertes sur créances irrécouvrables (6) et des dotations nettes aux provisions (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

2.8 Les prélèvements sociaux

En complément des cotisations et de la CSG, le régime général bénéficie d'autres contributions, qui se distinguent des impôts et taxes examinés par ailleurs (cf. fiche 2.9) en ce qu'ils sont assis sur les revenus (accessoires de rémunération, revenus de remplacement ou revenus du capital) et visent à assujettir des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales. Par ailleurs, leur rendement est intégralement affecté aux administrations de sécurité sociale. Cette fiche présente le rendement de ces prélèvements en 2013 et les prévisions pour 2014.

Des prélèvements sociaux en forte hausse en 2013

En 2013, les prélèvements sociaux ont engendré un produit de 17,5 Md€ pour l'ensemble des affectataires contre 14 Md€ en 2012, soit une hausse de 25% (cf. tableau 1). Pour le régime général, le produit de ces prélèvements s'est élevé à 8,7 Md€ et pour le FSV à 2,1 Md€, en très forte augmentation par rapport à 2012 (+26% et +60% respectivement). Par ailleurs, la répartition entre branches du régime général, FSV et autres attributaires a été profondément modifiée entre 2012 et 2014 (cf. fiche 2.1 et graphique 2).

Cette augmentation résulte principalement des changements de législation, notamment sur les prélèvements sur les revenus du capital (cf. fiche 2.10) et sur le forfait social.

La hausse de 8% à 20% du taux du forfait social au 1^{er} août 2012 (cette modification ne concerne pas l'assiette constituée par les contributions des employeurs à la prévoyance¹, dont le taux est maintenu à 8%), et l'assujettissement au forfait social des indemnités de rupture conventionnelles ont engendré en 2013 des recettes supplémentaires à hauteur de 1,9 Md€ pour le régime général (+0,3 Md€ pour la CNAM et +0,8 Md€ pour la CNAV) et le FSV (+0,8 Md€).

L'impact en année pleine de la hausse de 2 points du prélèvement social sur les revenus du capital décidée en LFR d'août 2012, a conduit à un supplément de recettes de l'ordre de 1,1 Md€ en 2013 et a donc également contribué à la hausse notable des prélèvements sociaux. Ce rendement supplémentaire a été fléchi vers la CNAM et la CNAF, qui ont respectivement bénéficié d'un surcroît de recettes de 0,7 Md€ et 0,4 Md€. Le préciput attribué à la CNAF a été, comme chaque année, réduit de 0,2 Md€ en 2013 (cf. encadré), tandis que les recettes liées aux prélèvements sur les stock-options, affectées à la CNAM, ont augmenté de 22,5% pour s'établir à 380 M€.

Par ailleurs, la LFSS pour 2013 avait procédé à une rationalisation de la répartition de certains prélèvements sociaux, impôts et taxes entre État et sécurité sociale (cf. fiche 4.3 du rapport de septembre 2013), afin de limiter le nombre de recettes partagées entre État et sécurité sociale à la seule TVA nette. Parallèlement l'intégralité des droits tabacs et des taxes sur les boissons a été affectée à la sécurité sociale, et les prélèvements sociaux sur les revenus du capital (hors CSG, CRDS et CSA) ont été scindés en un prélèvement social (affecté à la sécurité sociale) et un prélèvement de solidarité (affecté aux fonds de l'État, FNAL, fonds de solidarité, et fonds national des solidarités actives). Ces modifications se sont accompagnées de changements de clés sur l'ensemble de ces produits.

La progression des prélèvements sociaux a ainsi été très variable selon les attributaires en 2013.

Si les recettes du régime général ont connu une forte hausse, celle-ci a principalement bénéficié à la CNAV, qui a vu ses recettes doubler. Les prélèvements sociaux de la CNAM et de la CNAF ont à l'inverse reculé (respectivement -13% et -6,8%). Les recettes du FSV (section 1) ont augmenté de près de 60% tandis que celles de la section 2 ont diminué de 64%, suite à la suppression des 0,2 point de prélèvement social qui lui étaient attribués.

¹ Le rendement du forfait social (dont l'assiette est essentiellement constituée des sommes versées au titre de la participation et l'intéressement) et celui de la taxe sur les contributions à la prévoyance ont été regroupés au 1^{er} janvier 2012, les taux de ces deux contributions étant identiques (8%) au moment de leur fusion. Par cohérence, le rendement de la taxe prévoyance a été ajouté à celui du forfait social pour l'exercice 2011 dans le tableau 1.

Tableau 1 • Rendement des prélèvements sociaux, hors CSG

	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2 014	%
Forfait social*	1 291	1 623	25,7	2 772	++	3 796	36,9
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	263	312	18,6	382	22,4	393	2,7
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	250	262	5,1	243	-7,4	242	-0,2
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	300	927	++	1 683	++	1 899	12,8
Prélèvement social sur les revenus des placements	622	2 090	++	2 053	-1,8	2 046	-0,4
Contribution sur les jeux et paris	213	222	4,5	218	-2,0	217	-0,5
Préciput - assurance vie	1 626	1 446	-11,1	1 264	-12,6	1 084	-14,2
Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants	-	-		76		150	++
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés au régime général	4 565	6 884	50,8	8 692	26,3	9 826	13,0
Forfait social*	458	936	++	1 737	++	801	--
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	95	224	++	271	20,9	295	9,0
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	50	55	9,1	51	-6,7	-	
Prélèvement social sur les revenus des placements	67	77	15,0	17	--	-	
Sommes en déshérence	10	11	11,0	13	17,2	13	0,0
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés au FSV**	681	1 302	91,4	2 088	60,4	1 109	-46,9
Contributions sociales (hors CSG) - Régime général et FSV	5 246	8 186	56,0	10 780	31,7	10 935	1,4
Forfait social*	143	140	-1,8	142	1,1	148	4,2
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	90	104	14,9	2	--	-	
Prélèvement social sur les revenus des placements	116	133	14,8	8	--	-	
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés à la section 2***	349	377	8,0	135	-64,1	148	9,0
Contribution solidarité autonomie (CSA) sur revenus d'activité	1 972	2 013	2,1	2 050	1,8	2 092	2,0
Contribution additionnelle au prélèvement social (CAPS) sur les revenus du capital	367	381	3,7	358	-6,2	364	1,7
Contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA) sur revenus de remplacement	-	-		479		654	36,7
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés à la CNSA	2 339	2 394	2,4	2 886	20,5	3 109	7,7
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	651	714	9,7	707	-1,0	772	9,2
Prélèvement social sur les revenus des placements	956	977	2,1	740	-24,2	738	-0,3
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés à la CADES	1 607	1 690	5,2	1 446	-14,4	1 509	4,4
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	528	593	12,1	1 115	88,1	1 187	6,5
Prélèvement social sur les revenus des placements	670	879	31,3	1 296	47,4	1 237	-4,5
Total des prélèvements sociaux hors CSG affectés au FNSA, au FNAL et au fonds de solidarité	1 198	1 472	22,8	2 411	63,8	2 424	0,6
Contributions sociales (hors CSG) - Autres affectataires	5 494	5 933	8,0	6 878	15,9	7 190	4,5
Contributions sociales (hors CSG) - Tous affectataires	10 740	14 119	31,5	17 659	25,1	18 126	2,6
Frais d'assiette, de recouvrement et dégrèvements	- 59	- 102		- 162		- 174	
Contributions sociales (hors CSG) nettes des frais d'assiette, de recouvrement et de dégrèvements	10 681	14 018	31,2	17 497	24,8	17 952	2,6

Source : DSS/SDEPF/6A

* La taxe prévoyance est intégrée depuis 2012 au forfait social même si son taux demeure à 8% alors que le taux du forfait social est passé à 20% en 2012. Le rendement de cette taxe sur l'exercice 2011 a été additionné à celui du forfait social dans le tableau ci-dessus.

** Cette ligne ne concerne que la section 1 du FSV, et ne prend pas en compte les produits enregistrés par la section 2 (créée en 2011 pour mettre en réserve les sommes nécessaires au financement des mesures dérogatoires de départs anticipés à la retraite).

*** La section 2 du FSV a bénéficié en 2011 et 2012 d'une fraction du prélèvement sur les revenus du capital, mais n'en bénéficie plus à compter de 2013.

Encadré • Le préciput assurance-vie

Le montant du préciput, tel qu'il est présenté pour les années 2011-2019 dans la loi de finances pour 2011, correspond au rendement prévisionnel de l'élargissement de l'assiette issue de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports (désormais soumis aux prélèvements au fil de l'eau). Il agrège ainsi les rendements supplémentaires de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus de placement¹ (12,3% au total en 2011, constitués de CSG, CRDS, prélèvement social de 2%, prélèvement CSA de 0,3%...). Les hypothèses sous-jacentes à l'estimation du rendement de cet élargissement d'assiette ont conduit à prévoir une diminution progressive de ce rendement d'environ 0,2 Md€ par an, avec une extinction en 2020. Par ailleurs, son affectation prioritaire à la CNAF a été décidée dans le cadre du transfert d'une fraction de la CSG famille vers la CADES, afin de lui fournir des ressources supplémentaires en contrepartie de la reprise d'une partie des déficits du régime général pour les exercices 2009 à 2011. Compte tenu de ces spécificités, même si l'essentiel du préciput correspond à de la CSG sur les revenus de placement, celui-ci n'est intégré ni à la CSG, ni aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital, et est considéré dans les comptes de la CNAF comme un prélèvement social à part entière

¹ Ces rendements supplémentaires sont naturellement affectés aux différents attributaires des prélèvements sur les revenus de placement, mais ceux-ci doivent les rétrocéder à la CNAF avant d'inscrire le produit dans leurs comptes. Les montants qu'ils doivent rétrocéder au titre du préciput ont été fixés, pour toute la période, dans la loi et dans des conventions, sur la base des taux en vigueur au moment de sa mise en place en 2011. Les hausses de taux et les changements d'affectation intervenus depuis n'ont pas donné lieu à une modification de ces montants, ce qui explique pourquoi les évolutions des produits enregistrés l'année N dans les comptes de ces attributaires peuvent diverger, tous n'étant pas redevables, au titre du préciput d'un montant proportionnel à leur quote-part des prélèvements sur le placement pour cette même année N.

La CNSA, qui reçoit désormais la contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA), prélevée sur les revenus de remplacement, mise en place en 2013, a vu ses recettes s'accroître de plus de 20% ; le rendement de cette nouvelle mesure a toutefois été provisoirement transféré au FSV via une modification des clés de répartition de la CSG. Les recettes de la CADES ont diminué de 14% tandis que celles des fonds Etat (FNSA, FNAL, fonds de solidarité) ont augmenté de 63%.

Au-delà des modifications de la réglementation, les dynamiques propres aux différentes assiettes ont été plutôt orientées à la baisse en 2013, en raison de la conjoncture économique dégradée d'une part, et des changements législatifs intervenus depuis plusieurs années rendant certains de ces dispositifs moins intéressants (durcissement de la réglementation relative aux avantages retraite, hausse des taux sur les prélèvements sur le capital, sur le forfait social, sur les stock-options, sur les retraites chapeau...).

La dynamique des produits devrait être modérée en 2014

Le produit des contributions sociales devrait marquer le pas en 2014 (+1,4% pour le régime général et le FSV et +2,6% pour l'ensemble des affectataires présentés dans le tableau 1). En effet, comme en 2013, l'évolution spontanée des différentes assiettes serait plutôt négative, notamment pour ce qui concerne les revenus du capital, les stock-options, les avantages retraites ou encore les jeux et paris, ou peu dynamique (forfait social).

Par ailleurs, la rationalisation de la répartition des recettes, initiée par la LFSS pour 2013 a été poursuivie dans le cadre de la LFSS pour 2014 (cf. fiche 2.1). Cela se traduirait par une hausse de 13% des recettes du régime général, de près de 8% de celles de la CNSA et d'environ 4% des produits attribués à la CADES. Le montant des prélèvements sociaux reçus par le FSV (section 1) serait divisé par deux (celui-ci recevant en revanche une fraction plus importante de CSG et de taxe sur les salaires).

La CNAM n'est plus affectataire du forfait social, ni des prélèvements sur les stock-options, mais se voit attribuer 2,05 points des prélèvements sur les revenus du capital. La montée en charge de la contribution des organismes complémentaires au financement forfaitaire du médecin traitant, mise en place en 2013, devrait se traduire par le doublement du rendement de cette nouvelle contribution. Finalement, les prélèvements sociaux attribués à la CNAM devraient augmenter de 13% en 2014.

A l'inverse, à compter de 2014, la CNAV se verra attribuer 80% du rendement du forfait social, ce qui conduirait à un produit supplémentaire de 2,7 Md€ pour la branche vieillesse, tandis que la part du prélèvement social sur les revenus du capital qu'elle reçoit passe de 2,75% à 1,15%, soit une perte de recettes estimée à 2 Md€. Les contributions sur les avantages de retraite et de préretraite devraient rester stables. Ainsi, les recettes de la CNAV progresseraient de plus de 17% en 2014.

La CNAF devient bénéficiaire des 0,4 Md€ des prélèvements sur les stock-options, mais n'est plus attributaire du prélèvement social sur les revenus du capital. Le préciput est à nouveau réduit de 0,2 Md€. En conséquence, les recettes de la CNAF devraient diminuer fortement en 2014, de 14%.

La part du FSV dans le forfait social est réduite de moitié. En outre, il n'est plus attributaire du prélèvement social sur les revenus du capital. Ces modifications expliquent la baisse notable des recettes issues des prélèvements sociaux hors CSG qu'il devrait recevoir en 2014.

Les LFSS pour 2013 et 2014 ont ainsi profondément modifié la répartition des prélèvements sociaux hors CSG entre leurs différents attributaires (cf. graphique 2). Parmi les branches du régime général et différents fonds concourant à son financement, la CNAV devrait ainsi recevoir 35% de cette catégorie de recettes en 2014 (contre 19% en 2012). Sur la même période, les parts de la CNAM et de la CNAF ont diminué de 4 points environ, pour s'établir respectivement à 17% et 11%. Le FSV devrait recevoir 7% du rendement global des prélèvements sociaux en 2014, la CNSA 20% et la CADES 10%.

Tableau 2 • Rendement des prélèvements sociaux, hors CSG, par branche du régime général

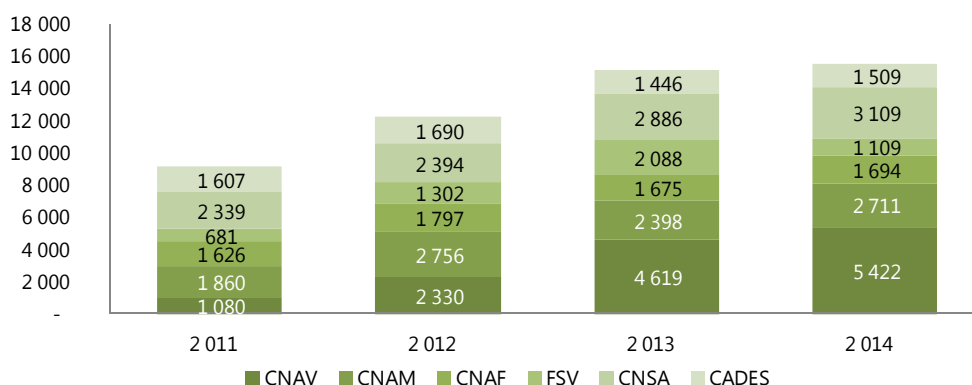
	en millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2 014	%
Forfait social*	1 291	1 405	8,9	1 730	23,1	-	
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	263	312	18,6	382	22,4	-	
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	-	299		0	--	1 217	++
Prélèvement social sur les revenus des placements	93	517	++	9	--	1 344	++
Contribution sur les jeux et paris	213	222	4,5	218	-2,0	-	
Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants	-	-		76		150	++
Contributions sociales (hors CSG) - CNAV	1 860	2 756	48,2	2 398	-13,0	2 711	13,1
Forfait social*	-	218		1 042	++	3 796	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	250	262	5,1	243	-7,4	242	-0,2
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	300	628	++	1 492	++	683	--
Prélèvement social sur les revenus des placements	529	1 223	++	1 842	++	701	--
Contributions sociales (hors CSG) - CNAV	1 080	2 330	++	4 619	++	5 422	17,4
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	-	-		-		393	
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	-	1		191	++	-	
Prélèvement social sur les revenus des placements	-	351		220	-37,3	-	
Contribution sur les jeux et paris	-	-		-		217	
Prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euros ("préciput")	1 626	1 446	-11,1	1 264	-12,6	1 084	-14,2
Contributions sociales (hors CSG) - CNAF	1 626	1 797	10,5	1 675	-6,8	1 694	1,1
Contributions sociales (hors CSG) - Régime général	4 565	6 884	50,8	8 692	26,3	9 826	13,0

Source : DSS/SDEPF/6A

* La taxe prévoyance est intégrée depuis 2012 au forfait social même si son taux demeure à 8% alors que le taux du forfait social est passé à 20% en 2012. Le rendement de cette taxe sur l'exercice 2011 a été additionné à celui du forfait social dans le tableau ci-dessus.

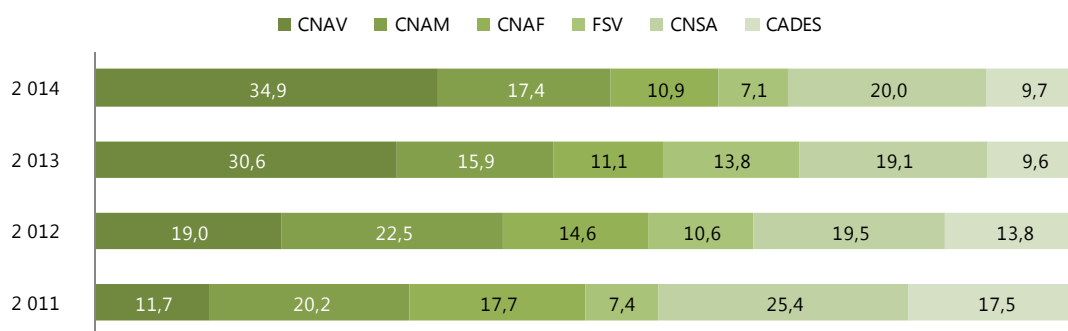
Note : les montants relatifs au prélèvement social sur les revenus du capital sont désormais présentés avant déduction des frais d'assiette, de recouvrement et de dégrèvements. Ce changement de présentation, à compter de l'exercice 2011, sont neutres sur le solde des attributaires, puisque ces frais sont dorénavant présentés en charges dans leurs comptes respectifs.

Graphique 1 • Evolution du montant des prélèvements sociaux, par attributaires (M€)



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Evolution de la répartition par attributaires des prélèvements sociaux



Source : DSS/SDEPF/6A

2.9 Les impôts et taxes

Les impôts et taxes décrits dans la présente fiche se distinguent des cotisations sociales, de la CSG et des autres prélèvements sociaux (analysés dans la fiche 2.8) en ce qu'ils reposent sur des assiettes autres que les revenus (consommation, chiffre d'affaires, bénéfices...). Cette fiche présente le produit de ces impôts et taxes dédiés au financement de la sécurité sociale pour le régime général et le FSV en 2013 et les prévisions pour 2014.

L'affectation de recettes fiscales nouvelles explique la forte augmentation du produit en 2013 et en 2014

Les recettes fiscales ont engendré un produit de 33,2 Md€ pour le régime général en 2013, en hausse de 4,3% par rapport à 2012 (cf. tableau 1 et graphique 1). En 2014, la croissance des recettes fiscales du régime général devrait accélérer (9,1%), leur rendement atteignant 36,2 Md€. Cette croissance s'explique principalement par des changements législatifs votés dans les lois financières entre 2012 à 2014.

Les droits de consommation sur les tabacs affectés au régime général ont fortement progressé en 2013, et devraient diminuer en 2014

Les droits de consommation sur les tabacs ont bénéficié des hausses de prix successives d'octobre 2012 et de juillet 2013 qui ont permis de compenser la contraction des ventes nationales en 2013 (cf. encadré 1). La part de ces droits affectée au régime général ayant augmenté en 2013 (75,4% des droits totaux contre 65,1% en 2012), le produit enregistré par le régime général a augmenté de 13%. Cette croissance masque des évolutions contrastées par branche (cf. tableau 3). La fraction affectée à la CNAM a sensiblement augmenté en 2013 (68,14% contre 52,33% en 2012), les droits tabacs qu'elle a reçus ont donc fortement augmenté (+26%). A l'inverse, la part revenant à la CNAF a été réduite en 2013 (7,27% contre 11,17% en 2012) entraînant une baisse de 28% des droits tabacs perçus. A compter de 2013, la CNAM-AT ne se voit plus attribuer de droits tabacs hormis ceux du FCAATA, intégré à la branche en 2012, et dont la quote-part est restée au même niveau (0,31% de l'ensemble des droits de consommation sur les tabacs).

En 2014, le produit total des droits tabacs devrait rester stable, compte tenu d'une baisse des volumes vendus, et malgré la hausse des prix intervenue en janvier. La baisse de 11% des recettes attendues pour le régime général est due à la nouvelle modification des quotes-parts des branches maladie et famille (qui passent respectivement à 60% et 8,97%).

Les TVA sectorielles brutes affectées au régime général sont désormais remplacées par une fraction de la TVA nette

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les TVA brutes sectorielles ont été rétrocédées à l'État (cf. fiche 4.4 du rapport de juin 2013), qui affecte désormais à la sécurité sociale une fraction de la TVA nette, décomposée en trois parts :

- une fraction vient compenser la perte des trois TVA brutes que la CNAM percevait en 2011 et 2012 ; elle s'élevait à 5,88% en 2013 et passe à 7,85% en 2014.
- une fraction destinée à compenser les pertes de cotisations liées à l'exonération sur les heures supplémentaires en lieu et place de l'ancien panier de recettes fiscales dont la principale recette était la TVA sur les alcools. Cette part s'établissait à 0,33% du produit de TVA nette en 2013 et passe à 0,34% en 2014.
- une fraction supplémentaire de 0,14% est attribuée à la CNAM depuis le 1^{er} février 2013, afin de compenser la perte de recettes liée à l'abattement des cotisations patronales maladie de 75 centimes par heure travaillée octroyé aux particuliers employeurs¹.

¹ Cette mesure vise à compenser la suppression, décidée en LFSS pour 2013, de l'assiette forfaitaire qui servait de base de calcul aux cotisations sociales, les particuliers employeurs cotisant désormais sur l'assiette réelle.

Tableau 1 • Les recettes fiscales du régime général et du FSV

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Impôts et taxes liés à la consommation	17 071	17 831	4,5	19 137	7,3	21 494	12,3
Taxes sur les boissons	0	135	++	1	--	30	++
Droit de consommation des tabacs	7 589	7 664	1,0	8 682	13,3	7 763	-10,6
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	318	325	2,1	325	0,0	323	-0,4
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	3 495	3 268	-6,5	-	--	-	
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3 471	3 420	-1,5	-	--	-	
TVA sectorielles "santé"	1 222	1 090	-10,9	-	--	-	
TVA nette	-	902		9 080	++	12 298	35,4
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	975	1 028	5,5	1 050	2,0	1 081	3,0
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	10 607	10 907	2,8	11 019	1,0	11 511	4,5
Taxe sur les salaires	9 771	10 075	3,1	11 015	9,3	10 689	-3,0
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (exit tax)	836	832	-0,4	4	--	-	--
Taxe sur les véhicules de société	-	-		-		821	
Taxes médicaments	732	1 042	42,4	920	-11,8	923	0,4
Contribution grossistes répartiteurs	305	281	-7,8	219	-22,0	248	13,3
Contribution sur les dépenses publicité	158	232	46,4	193	-16,8	191	-0,8
Contribution sur le chiffre d'affaires	255	364	42,9	332	-8,8	331	-0,4
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux	15	14	-5,9	16	16,9	32	++
Taxes médicaments CGI et CSP	-	156		160	2,8	121	-24,3
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	1 066	2 029	++	2 100	3,5	2 253	7,3
Contribution exceptionnelle des OC (mobilisation pandémie grippale)	1	0	-43,8	0	--	-	--
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie	1 066	2 029	++	2 100	3,5	2 253	7,3
Recettes fiscales du régime général	29 477	31 810	7,9	33 177	4,3	36 182	9,1
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	3 724	3 321	-10,8	4 148	24,9	4 788	15,4
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)	617	291	--	938	++	1 169	24,7
Contribution additionnelle à la CSSS	1 001	1 030	2,9	1 047	1,6	1 062	1,5
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	138	18	--	50	--	50	0,5
Taxe sur les salaires	1 968	2 019	2,6	2 114	4,7	2 507	18,6
Recettes fiscales du FSV	3 724	3 321	-10,8	4 148	24,9	4 788	15,4
Recettes fiscales du régime général et du FSV	33 201	35 131	5,8	37 324	6,2	40 970	9,8

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Les taxes sur le tabac

En 2013, en dépit des hausses de prix successives d'octobre 2012 et juillet 2013 (de l'ordre de 10 % au total) et des modifications de la fiscalité des produits du tabac (harmonisation en janvier 2013 des modalités de calcul des droits de l'ensemble des produits du tabac et augmentation en juillet 2013 du taux des droits des cigarettes et du tabac à rouler), les droits de consommation sur les tabacs ont quasiment stagné par rapport à 2012 (+0,3 %) pour s'établir à 11,2 Md€. En effet, ces augmentations des prix et des droits ont été contrebalancées par l'accélération de la baisse des volumes mis à la consommation : baisse du volume global de 6,2 % en 2013 après -3,4 % en 2012 et -0,7 % en 2011. L'évolution 2013 des volumes se décompose en -7,6 % pour les cigarettes, +2,0 % pour le tabac à rouler et -4,1 % pour les autres formes de tabac.

En 2014, les droits de consommation sur le tabac sont prévus constants et ce en dépit d'une hausse supplémentaire moyenne de prix au 1^{er} janvier 2014 de +3 % et de l'impact en année pleine de l'augmentation de la fiscalité intervenue le 1^{er} juillet 2013. En effet, l'impact des hausses de prix et de fiscalité devrait être contrebalancé par la diminution des volumes mis à la consommation, dans le contexte d'une élasticité des volumes aux prix proche de -1. Au final, les droits sur les produits du tabac s'établiraient donc à 11,2 Md€ en 2014.

Tableau 2 • Evolution des volumes mis à la consommation de 2010 à 2013

	2010	2011	2012	2013
ENSEMBLE DES TABACS	0,10%	-0,70%	-3,40%	-6,20%
Cigarettes	-0,3%	-1,3%	-4,9%	-7,6%
Tabacs à rouler	3,9%	3,8%	5,8%	2,0%
Cigares	-1,7%	-3,2%	-1,4%	-4,2%
TAP/TAM	0,3%	-1,6%	-0,5%	-3,9%

Source : DSS/SD5/5D

Le produit de TVA nette reçu par la CNAM en 2013 est en hausse de 0,4 Md€ (+4,6%) par rapport au total du produit perçu au titre des TVA sectorielles en 2012. Cette augmentation dynamique recouvre plusieurs effets : la CNAM a reçu un supplément de recettes de 155 M€ correspondant à la compensation de la nouvelle exonération de cotisation des particuliers employeurs, mise en place en 2013. Les modalités de détermination des produits à recevoir (PAR) ont également fortement contribué à cette croissance dynamique. En effet, le PAR 2013 a été calculé en tenant compte des nouvelles clés de répartition de la TVA nette, et comme la part de la CNAM augmente de 2 points en 2014, le PAR 2013, rattaché aux comptes 2013, est plus élevé que le PAR 2012 (+0,2 Md€). Si l'on neutralise ces deux effets, le produit de TVA nette reçu par la CNAM en 2013 est resté stable, voire a légèrement diminué, en comparaison du montant des TVA sectorielles qui lui étaient affectées en 2012. Les recettes de TVA nette attribuée à la CNAM augmenteraient de 35% et atteindraient 12,3 Md€. Cette progression notable s'inscrit dans le cadre d'un transfert de recettes de l'Etat vers la sécurité sociale visant à attribuer le rendement supplémentaire de l'impôt sur le revenu découlant de la réforme du quotient familial et de la fiscalisation des contributions des employeurs aux contrats d'assurance santé complémentaire d'une part, et à compenser l'essentiel de la perte de recettes induite par la baisse du taux de cotisation famille (cf. fiche 2.1).

Les taxes médicaments sont désormais essentiellement affectées à la CNAM

Les taxes médicaments attribuées à la CNAM ont diminué de 12% en 2013. Près de 6 points de cette baisse sont attribuables à la diminution du rendement de la contribution des grossistes répartiteurs, qui s'explique en premier lieu par la surestimation, de l'ordre de 50 M€, du PAR 2012, et, dans une moindre mesure, par une contraction de l'assiette. Ces recettes devraient être stables en 2014 (+0,4% par rapport à 2013).

D'autres recettes fiscales alimentent les produits du régime général

Le rendement de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), affecté à parts égales entre la CNAM et la CNAF, a augmenté de 3,5% en 2013. La LFSS pour 2014 a prévu le passage à 14% du taux de la taxe pour les contrats non responsables. Cette mesure nouvelle, entièrement affectée à la CNAM, est estimée à 90M€ en 2014. Elle explique la progression de 11,7% de cette recette fiscale pour la CNAM en 2014. En l'absence de mesures nouvelles, le rendement de la TSCA attribuée à la CNAF n'aurait augmenté que de 2,9%.

Le produit de la taxe sur les salaires a augmenté de 8,6% en 2013 en conséquence des mesures adoptées en LFSS pour 2013 (clarification de l'assiette et création d'une tranche supplémentaire) et le rendement supplémentaire a été affecté à la CNAF via une modification des clés de répartition entre CNAV, CNAF et FSV. Ainsi, pour la CNAF, le produit de la taxe sur les salaires a progressé de 21,7% en 2013, contre 4,3% pour la CNAV et 4,7% pour le FSV. En 2014, la progression du rendement global de la taxe sur les salaires devrait s'établir aux alentours de +0,5%. Les clés de répartition du rendement de la taxe sur les salaires entre ses trois attributaires ont de nouveau été modifiées en 2014 (cf. fiche 2.1) : la part de la CNAV est réduite de 56,8% à 53,5%, celle de la CNAF est augmentée de 0,4 point et s'établit à 27,5% tandis que celle du FSV passe de 16,1% à 19%. Ce changement des quotes-parts de chacun des attributaires explique les différentes évolutions prévues en 2014 (respectivement -5,3%, +2% et +18,6%).

Le rendement des cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobiles est resté stable en 2013. Auparavant attribué à la CNAM, il a été transféré à la CNAF en 2013 et lui restera attribué en 2014, où il devrait s'accroître de 6% environ.

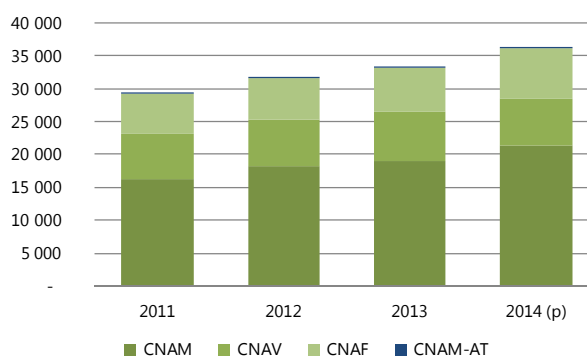
Le produit de la taxe sur les véhicules de société, auparavant affecté au régime des exploitants agricoles, est transféré à la CNAF à compter de 2014, il représente un montant de 0,8 Md€.

Tableau 3 • Les recettes fiscales du régime général par branches

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Impôts et taxes liés à la consommation	15 335	16 193	5,6	17 034	5,2	19 352	13,6
Taxes sur les boissons	0	135	++	1	--	30	++
Droit de consommation des tabacs	5 859	6 038	3,0	7 610	26,0	6 701	-11,9
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	3 495	3 268	-6,5	-	--	-	--
Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs	318	325	2,1	325	0,0	323	-0,4
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	969	1 016	4,9	19	--	-	--
TVA nette	-	902		9 080	++	12 298	35,4
TVA sectorielles "santé"	1 222	1 090	-10,9	-	--	-	--
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3 471	3 420	-1,5	-	--	-	--
Taxes médicaments	732	1 042	42,4	920	-11,8	923	0,4
Contribution grossistes répartiteurs	305	281	-7,8	219	-22,0	248	13,3
Contribution ventes directes	0	4	--	0	--	-	--
Contribution sur les dépenses publicité	158	232	46,4	193	-16,8	191	-0,8
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux	15	14	-5,9	16	16,9	32	++
Contribution sur le chiffre d'affaires	255	364	42,9	332	-8,8	331	-0,4
Taxes médicaments CGI et CSP	-	156		160	2,8	121	-24,3
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	176	1 005	++	1 049	4,3	1 172	11,7
Contribution exceptionnelle des OC (mobilisation pandémie grippale)	1	0	-43,8	0	--	-	--
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie	176	1 005	++	1 049	4,3	1 172	11,7
CNAM	16 244	18 241	12,3	19 003	4,2	21 447	12,9
Impôts et taxes liés à la consommation	3	7	++	9	40,0	-	--
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	3	7	++	9	40,0	-	--
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	7 015	7 151	1,9	7 457	4,3	7 060	-5,3
Taxe sur les salaires	7 015	7 151	1,9	7 457	4,3	7 060	-5,3
CNAV	7 018	7 158	2,0	7 466	4,3	7 060	-5,4
Impôts et taxes liés à la consommation	1 558	1 444	-7,3	2 055	42,3	2 108	2,5
Droit de consommation des tabacs	1 557	1 440	-7,5	1 037	-28,0	1 027	-1,0
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	2	4	++	1 018	++	1 081	6,1
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	3 592	3 756	4,6	3 562	-5,2	4 450	24,9
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (exit tax)	836	832	-0,4	4	--	-	--
Taxe sur les véhicules de société	-	-		-	--	821	
Taxe sur les salaires	2 756	2 924	6,1	3 558	21,7	3 629	2,0
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	890	1 023	15,0	1 052	2,8	1 082	2,9
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie	890	1 023	15,0	1 052	2,8	1 082	2,9
CNAF	6 041	6 224	3,0	6 669	7,2	7 640	14,6
Impôts et taxes liés à la consommation	174	188	7,6	39	--	35	-10,1
Droit de consommation des tabacs	173	186	7,1	36	--	35	-3,6
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	1	2	++	3	40,0	-	--
CNAM-AT	174	188	7,6	39	--	35	-10,1
RECETTES TOTALES DU REGIME GENERAL	29 477	31 810	7,9	33 177	4,3	36 182	9,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 • Evolution des recettes fiscales du régime général, par branche



Source : DSS/SDEPF/6A

2.10 Les prélèvements sur les revenus du capital

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

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

Les prélèvements sociaux sur « **revenus de placement** » font l'objet d'un précompte par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est principalement composée des produits de placement entrant dans le champ du prélèvement forfaitaire (libératoire ou obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2013 pour les intérêts et dividendes) à l'impôt sur le revenu (intérêts des comptes sur livrets, revenus obligataires, dividendes...), des plus-values immobilières, des intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement, des produits d'assurance-vie, des produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions.

Les prélèvements sociaux sur « **revenus du patrimoine** » sont calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus et sont acquittés de manière similaire et concomitamment à l'impôt sur le revenu. L'essentiel du recouvrement des prélèvements sur le patrimoine reposait jusqu'en 2012 sur deux rôles généraux : un rôle principal (rôle 33) et un rôle complémentaire (rôle 48). Depuis 2013, les émissions des prélèvements sociaux sont fusionnées avec celles de l'impôt sur le revenu (rôles généraux et rôles individuels). Compte tenu de ce processus de recouvrement, les différentes contributions sont prélevées avec un décalage d'un an par rapport à la réalisation des revenus taxés. L'assiette de ces prélèvements est principalement composée des revenus fonciers et des plus-values sur valeurs mobilières.

Un rendement 2013 en quasi stagnation malgré une hausse de 2 points du taux global d'imposition

En 2013, le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social, prélèvement social additionnel et prélèvement de solidarité) s'est élevé à 19,8 Md€¹ (cf. tableau 1). Il est en progression de 0,6% par rapport à 2012 (après +18,4% en 2012 et +25,8% en 2011).

Malgré l'effet année pleine de la hausse du taux global des prélèvements sociaux de 13,5 % à 15,5 % et de l'assujettissement des revenus immobiliers des non résidents fiscaux (revenus fonciers et plus-values immobilières), qui contribuent pour plus de 9 points à la croissance totale du rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, les recettes 2013 sont en quasi stagnation (cf. encadré 2).

Hors mesures nouvelles, l'évolution spontanée de ces recettes est négative (-8,5%) correspondant à deux évolutions contraires : une progression des prélèvements sur les revenus du patrimoine (+3,8%) et une baisse sensible des prélèvements sur les produits de placement (-15,9%, cf. tableau 2).

La croissance des prélèvements sur les revenus du patrimoine provient essentiellement du rendement en année pleine de l'exit tax². L'évolution spontanée des assiettes du patrimoine s'inscrit, de fait, en légère baisse (-1,5%), la faible progression des revenus fonciers (+1,8%) étant plus que compensée par la baisse des assiettes des plus-values de cession des valeurs mobilières et des autres revenus (-7,6%).

La baisse marquée des prélèvements sur les revenus de placement (-15,9% en évolution spontanée) provient essentiellement d'un recul des dividendes distribués (estimé à -40%³). Ce recul intervient après plusieurs années d'un dynamisme exceptionnel des distributions de dividendes et pourrait être le contrecoup des anticipations des évolutions des règles d'imposition fiscales et/ou sociales. Par ailleurs, les prélèvements sur les produits de taux (livrets fiscalisés) pâtissent de l'évolution défavorable des taux d'intérêt et les prélèvements sur les intérêts des PEL marquent un net recul compte tenu de la faiblesse de l'encours de la cohorte arrivant à échéance en 2013 en matière d'assujettissement⁴.

¹ Ce montant intègre les frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et les frais de dégrèvement et de non valeur (FDNV) prélevés au profit de l'Etat : il s'agit d'une modification de la présentation des comptes qui auparavant ne les prenaient pas en compte.

² Prélèvements sociaux relatifs aux plus-values latentes sur droits sociaux, valeurs, titres ou droits lors du transfert du domicile fiscal hors de France (article 167 bis du code général des impôts issu de l'article 48 de la première loi de finances rectificative pour 2011).

³ L'ampleur de cette évolution défavorable n'avait pas été anticipée lors des exercices de prévision, ce qui explique l'écart entre le montant exécuté et le montant qui avait été prévu.

⁴ Les intérêts acquis sur les PEL ouverts avant avril 2011 sont précomptés et versés par l'établissement financier au dixième anniversaire du plan (si celui-ci n'a pas été clôturé avant).

Tableau 1 • Evolution des prélèvements sociaux sur les revenus du capital par attributaire depuis 2011

		en millions d'euros						
		2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Prélèvements sur les revenus du patrimoine	Taux de prélèvement	12,3%	13,5%		15,5%		15,5%	
	CSG	4 106	4 491	9,4%	4 686	4,4%	4 867	3,9%
	CNAM	2 979	3 258	9,3%	3 399	4,3%	3 502	3,0%
	CNAF	411	449	9,4%	469	4,3%	516	10,2%
	FSV	426	465	9,2%	506	8,9%	529	4,6%
	CADES	240	264	10,0%	276	4,3%	285	3,3%
	CNSA	50	55	9,0%	37	-33,4%	34	-5,8%
	Prélèvement social	1 092	1 800	64,9%	2 443	35,7%	2 671	9,3%
	CNAM	0	299	++	0	--	1 217	++
	CNAF	0	1	++	191	++	0	--
	CNAV	300	628	108,9%	1 492	137,7%	683	-54,3%
	FSV	50	55	9,1%	51	-6,7%	0	--
	FSV section 2	90	104	14,9%	2	-98,4%	0	--
	CADES	651	714	9,7%	707	-1,0%	772	9,2%
	CRDS	252	277	9,6%	287	3,9%	297	3,2%
	Contribution additionnelle au prélèvement social	150	164	9,1%	171	4,4%	178	4,1%
	Prélèvement de solidarité	528	593	12,1%	1 115	88,1%	1 187	6,5%
Total Patrimoine	6 129	7 323	19,5%	8 702	18,8%	9 199	5,7%	
Prélèvements sur les revenus de placement	Taux de prélèvement	13,5%	14,5%		15,5%		15,5%	
	CSG	5 884	6 097	3,6%	5 224	-14,3%	5 072	-2,9%
	CNAM	4 274	4 425	3,5%	3 791	-14,3%	3 664	-3,4%
	CNAF	578	610	5,4%	522	-14,4%	545	4,5%
	FSV	606	645	6,5%	567	-12,0%	532	-6,3%
	CADES	354	357	0,6%	306	-14,2%	298	-2,5%
	CNSA	72	61	-14,7%	37	-39,7%	32	-12,4%
	Prélèvement social	1 762	3 277	86,0%	2 802	-14,5%	2 783	-0,7%
	CNAM	93	517	++	-9	--	1 344	++
	CNAF	0	351	++	220	-37,3%	0	--
	CNAV	529	1 223	++	1 842	50,7%	701	-61,9%
	FSV	67	77	15,0%	17	-77,6%	0	--
	FSV section 2	116	133	14,8%	-8	--	0	--
	CADES	956	977	2,1%	740	-24,2%	738	-0,3%
	CRDS	329	440	34,0%	313	-28,9%	309	-1,3%
	Contribution additionnelle au prélèvement social	217	217	0,1%	193	-11,3%	186	-3,7%
	Prélèvement de solidarité	670	879	31,3%	1 296	47,4%	1 237	-4,5%
Préciput	1 626	1 446	-11,1%	1 264	-12,6%	1 084	-14,2%	
Total placement	10 487	12 356	17,8%	11 092	-10,2%	10 671	-3,8%	
Total	Produit total sur les revenus du capital	16 616	19 680	18,4%	19 794	0,6%	19 870	0,4%
	Frais d'assiette et de recouvrement sur le patrimoine	-27	-33	21,5%	-32	-3,6%	-39	22,0%
	Frais de dégrèvement et de non valeur sur le patrimoine	-221	-268	21,6%	-313	16,7%	-331	5,6%
	Frais d'assiette et de recouvrement sur le placement	-16	-22	37,3%	-21	-5,2%	-22	3,5%
	Produit total net sur les revenus du capital	16 352	19 356	18,4%	19 427	0,4%	19 479	0,3%

Source : DSS/SDEPF/6A

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

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

Note 2 : Jusqu'en septembre 2013, les données présentées dans les rapports de la CCSS n'étaient pas homogènes selon les affectataires et selon les années. Certains organismes inscrivaient dans leurs comptes des produits bruts de FAR mais nets des FDNV, et d'autres des produits nets de FAR et de FDNV. Afin de répondre à une demande de la Cour des comptes visant à déconsolider les produits et les frais mis à la charge des affectataires, ceux-ci sont désormais présentés bruts de FAR et de FDNV. Par souci de cohérence, les données des exercices 2011 et 2012 sont également présentées brutes de FAR et de FDNV (qui ont été recalculés a posteriori).

Tableau 2 • Estimation de l'évolution à législation constante et de l'évolution due aux mesures nouvelles relatives aux prélèvements sociaux sur le capital

		En points			
		2011	2012	2013	2014(p)
Evolution spontanée		10,1	3,1	-8,5	1,3
dont produits de patrimoine		5,8	10,9	3,8	5,7
dont produits de placement		13,3	-1,5	-15,9	-2,2
Effets des mesures nouvelles		15,6	15,4	9,1	-0,9
dont produits de patrimoine		0,9	8,6	15,0	0,0
dont produits de placement		26,4	19,3	5,6	-1,6
Evolution globale		25,8	18,4	0,6	0,4
dont produits de patrimoine		6,7	19,5	18,8	5,7
dont produits de placement		39,8	17,8	-10,2	-3,8

Source : DSS/SDFSS/5D

Lecture : en 2012, les prélèvements sociaux sur le capital progressent de 18,4%, dont 3,1% en évolution spontanée et 15,4% du fait de mesures nouvelles.

Un rendement des prélèvements sociaux quasiment stable en 2014 (+0,4 %)

En 2014, le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital s'élèverait à 19,9 Md€, en augmentation de 0,4% par rapport à l'année précédente. Les mesures nouvelles contribueraient négativement à cette évolution (à hauteur de -0,9 point), tandis que l'évolution des revenus constituant l'assiette jouerait positivement (pour 1,3 point).

A législation constante, les prélèvements sur les revenus du patrimoine progresseraient en 2014 de 5,7 % essentiellement du fait de plus-values de cession de valeurs mobilières dynamiques (en lien avec le l'évolution positive des marchés financiers constatée en 2013).

L'évolution spontanée de l'assiette des revenus de placement serait quant à elle négative en 2014 (-2,2 %) en raison de :

- la poursuite de la baisse des taux d'intérêt qui pèse sur les produits de taux ;
- un marché immobilier toujours mal orienté (en volume et en prix) ;
- une cohorte de plans d'épargne logement devenant taxable (ceux ouverts en 2004) encore en baisse.

L'effet des mesures nouvelles (cf. encadré 2) proviendrait essentiellement des prélèvements sur les revenus de placement, avec notamment la poursuite du contrecoup de l'assujettissement au fil de l'eau depuis juillet 2011 des produits acquis sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie (-0,2 Md€), l'impact de l'abattement exceptionnel de 25% sur les plus-values immobilières réalisées jusqu'en août 2014 (-0,1 Md€) et l'impact de la mesure de suppression de l'application des taux historiques aux produits d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu (+0,1 Md€).

Tableau 3 • Evolution des clés de répartition du produit des prélèvements sur les revenus du capital hors préciput*

	<i>En points</i>	
	2013	2014
CSG	8,2	8,2
CNAM	5,95	5,90
CNAF	0,82	0,87
CADES	0,48	0,48
FSV	0,886	0,892
CNSA	0,064	0,058
Prélèvement social	4,5	4,5
CNAM	-	2,05
CNAF	0,35	-
CNAV	2,75	1,15
CADES	1,30	1,30
FSV	0,10	-
Prélèvement social additionnel - CNSA	0,3	0,3
CRDS	0,5	0,5
Prélèvement de solidarité	2,0	2,0
FNSA	1,45	1,37
FNAL	0,45	0,53
FS	0,10	0,10
Total	15,5	15,5

Source : DSS/SDFSS/5D

(*) Pour une définition du préciput : voir encadré de la fiche 4.3

Encadré 2 • Principales modifications législatives et réglementaires affectant le produit des prélèvements sur les revenus du capital en 2013 et 2014

Mesures instituées en 2013 ayant un impact sur 2013 et 2014

Abattement exceptionnel de 25% sur les plus-values immobilières pour les cessions réalisées entre le 1^{er} septembre 2013 et le 31 août 2014 :

La loi de finances rectificative pour 2013 a institué un abattement exceptionnel de 25% pour les cessions immobilières (hors terrains à bâtir) intervenant avant le 31 août 2014. Cet abattement s'applique à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux. Son impact a été estimé à -0,05 Md€ en 2013 et -0,1 Md€ supplémentaire en 2014. Un contrecoup de +0,15 Md€ est attendu en 2015.

Suppression de l'application des taux historiques pour les produits d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu :

Les produits d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu (i.e. principalement produits acquis à compter du 1^{er} janvier 1997 pour des versements effectués avant le 26 septembre 1997 sur des contrats d'assurance-vie multisupport et produits issus des contrats dits « DSK-NSK ») bénéficiaient de l'application du taux anciennement en vigueur aux produits latents constatés à chaque changement de taux.

L'article 8 de la LFSS pour 2014 a supprimé l'application de ces taux dits « historiques » et soumet donc désormais les produits réalisés lors d'un fait générateur (rachat partiel, clôture ou décès) aux taux en vigueur au moment de ce fait générateur. Ces dispositions sont applicables aux faits générateurs intervenus depuis le 26 septembre 2013. Compte tenu des évolutions nécessaires des systèmes informatiques, les assureurs devront être en mesure de liquider les prélèvements selon ces nouvelles modalités à compter du 1^{er} octobre 2014. Pour les faits générateurs intervenant pendant cette période transitoire une régularisation des prélèvements opérés à titre provisoire devrait être réalisée en 2015 par voie de rôle. Dès lors, l'impact attendu de cette mesure est évalué à +0,07 Md€ en 2014 puis +0,17 Md€ en 2015 pour les produits de placement et exceptionnellement +0,26 Md€ en 2015 en matière de patrimoine.

Mesures instituées en 2012 ayant un impact sur 2013

Augmentation de 2 points du taux des prélèvements sociaux :

Le taux du prélèvement social a été porté de 3,4% à 4,5% et un prélèvement de solidarité de 2% créé en remplacement du prélèvement additionnel FNSA (1,1%) pour les revenus du patrimoine perçus à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour les produits de placement acquis ou constatés à compter du 1^{er} juillet 2012. Compte-tenu des modalités de recouvrement, seule cette dernière composante s'est traduite par un surcroît de recette en 2012 (estimé à 0,8 Md€). En 2013, le rendement de cette hausse de taux de 2 points est évalué à 2,6 Md€ soit 1,8 Md€ de plus qu'en 2012.

Assujettissement aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital des revenus immobiliers des non résidents :

A la différence de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement qui est due par les personnes physiques remplissant le double critère de résidence fiscale en France et d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance maladie, la CSG sur les revenus du capital n'était due que par les personnes considérées fiscalement comme résidentes. Ce critère conduisait, en matière de CSG, à exclure les revenus de nature immobilière, pour les non résidents, de l'assiette des revenus attribués à la France par l'ensemble des conventions internationales (alors que les revenus de nature immobilière devraient, en vertu de ces conventions, être imposés dans l'Etat où ils sont sis). Afin de rétablir l'égalité de traitement entre redevables, ces revenus sont désormais assujettis aux prélèvements sociaux. Les plus-values immobilières le sont pour les cessions survenues à compter du 16 août 2012 (parution de la seconde LFR pour 2012) et les revenus fonciers pour ceux perçus à compter du 1^{er} janvier 2012. La recette générée est estimée à 0,05 Md€ en 2012 et 0,25 Md€ par an à compter de 2013.

Relèvement du plafond des livrets d'épargne réglementés (livret A et livret développement durable) :

Les plafonds des livrets A et des LDD ont été relevés par deux décrets du 18 septembre 2012. Le plafond du livret A a été porté de 15 300 € à 19 125 € puis à 22 950 € alors que celui du LDD a été doublé à 12 000 € au 1^{er} octobre 2012. Cette mesure qui ne constitue pas une mesure nouvelle propre aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital a néanmoins potentiellement un impact sur leur rendement. En effet, ce relèvement des plafonds de livrets dont la rémunération est entièrement défiscalisée se serait traduit par un basculement d'une fraction de l'épargne des ménages vers ces supports. Ce basculement se serait fait au détriment des comptes rémunérés et de la collecte sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie. On estime à près de 0,1 Md€ la moindre recette de prélèvements sociaux sur les revenus du capital en 2013.

Taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans les PEL ouverts depuis 2011 :

Alors que jusqu'en 2011 les intérêts des PEL étaient taxés rétrospectivement au bout de 10 ans et au fil de l'eau après leur dixième anniversaire, les contrats ouverts depuis 2011 sont dorénavant taxés au fil de l'eau dès la première année. Cette modification législative se traduit par une recette nouvelle estimée à +40 M€ par an de 2011 à 2020 avec un contrecoup en 2021 de -400 M€ lorsqu'il n'y aura plus de contrat à taxer au bout de dix ans.

3. LES DEPENSES DU REGIME GENERAL

3.1 Vue d'ensemble des dépenses

Les charges nettes du régime général s'élèvent à 336,5 M€ en 2013, en hausse de 2,7% par rapport à 2012. En 2014, elles augmenteraient de 2,5% pour atteindre 344,8 Md€.

Les charges nettes sont constituées principalement des prestations sociales nettes (92,6%, cf. tableau 1), constituées pour l'essentiel de prestations légales. Le reste des dépenses se décompose en transferts entre organismes (cf. fiche 6.5), dépenses de gestion administrative, frais financiers et autres dépenses. Cette fiche présente l'évolution des dépenses nettes (cf. encadré) et de ses différentes composantes pour l'ensemble des branches du régime général.

L'augmentation des dépenses nettes du régime général dépend principalement de la dynamique des dépenses maladie et vieillesse

Par leur poids et leur dynamisme, les dépenses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse contribuent le plus à la croissance des dépenses du régime général. Leur part respective dans les dépenses est de 47 % et 33% en 2013 (cf. graphique 1), tandis que les dépenses des branches famille (17%) et AT-MP (3%) ont un poids plus faible.

Les dépenses de la branche vieillesse sont les plus dynamiques en 2013 (+3,9%) mais leur croissance devrait diminuer fortement en 2014 (+2,2%). Les dépenses d'assurance maladie, moins dynamiques en 2013 (+2,4%), croîtraient au même rythme en 2014. Les dépenses de la branche famille continueraient à ralentir en 2014 (+2,5% après 2,8% en 2013 et 3,1% en 2012).

La dynamique des prestations légales explique l'essentiel de la croissance des dépenses

La dynamique des dépenses s'explique principalement par l'évolution des prestations légales nettes. Celles-ci représentent 89% des dépenses du régime général et expliquent 2,6 points de leur croissance en 2013 et 2,3 points en 2014 (cf. graphique 2).

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

Les prestations familiales et de retraite sont des prestations en espèces, qui font l'objet d'une revalorisation annuelle en fonction de l'inflation. La différence de rythme de croissance de ces prestations tient essentiellement à des évolutions en volume différentes. L'effet prix est semblable pour ces deux types de prestations : en 2013, la revalorisation en moyenne annuelle des pensions de retraite (+1,5%) a été légèrement supérieure à celle de la base mensuelle des allocations familiales (+1,2%). Cet écart est lié à la revalorisation au 1^{er} avril 2012 qui a été sensiblement inférieure pour la BMAF (+0,75%, cf. fiche 3.7). En 2014, les effets prix seraient nettement plus faibles : 0,5% pour les pensions de retraite et 0,7% pour les prestations familiales. Le faible niveau d'inflation constaté en 2013 (+0,7%) et prévu pour 2014 (+1,1%) explique en partie cette baisse. Par ailleurs, l'effet prix est plus faible pour les pensions de retraite car leur date de revalorisation a été décalée au 1^{er} octobre (cf. fiche 3.6).

L'évolution des prestations dépend également d'un effet volume qui est, en revanche, très différent dans les deux branches. La croissance des prestations vieillesse est tirée par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby boom, qui remplacent les classes creuses nées dans l'entre-deux-guerres. Le nombre des départs en retraite est le facteur principal d'augmentation des prestations servies par les régimes de retraite. Il a toutefois été freiné en 2011, mais surtout en 2012 et 2013, par le relèvement de l'âge légal pour les assurés nés à partir du second semestre 1951.

L'évolution en volume des prestations familiales est, quant à elle, largement déterminée par les tailles respectives des cohortes d'enfants nés dans l'année et des cohortes d'enfants arrivant à l'âge adulte, ainsi que par la réduction tendancielle de la taille des familles.

Encadré • Précisions méthodologiques et présentation du chapitre

Certains choix de présentation ont été faits pour cette fiche et l'ensemble du rapport. **Les charges et produits sont présentés en net** dans l'ensemble du rapport. Ils sont obtenus à partir des charges et des produits comptabilisés par les caisses après neutralisation symétrique de certaines écritures (transferts entre la CNSA et la CNAM portant sur l'ONDAM médico-social, reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, dotations aux provisions sur actifs circulants...). Ces neutralisations, sans impact sur les soldes, visent à approcher une évolution économique des charges et des produits. Les charges et produits du régime général sont en outre consolidés (les transferts internes au régime général sont neutralisés – AVPF, congés paternité, prise en charge des cotisations des PAM et des gardes d'enfants dans le cadre de la PAJE, prise en charge des majorations de pensions pour trois enfants à charge et sous-déclaration AT-MP). Pour plus de détail sur le passage des comptes bruts aux comptes nets, se référer à la fiche 6.6.

Par ailleurs, **la décomposition des charges présentées dans cette fiche s'avère différente de la présentation des transferts** faite dans la fiche 6.5. Dans la présente fiche, la dotation au FNAL qui finance les aides au logement pour les logements conventionnés versées aux ménages avec enfants est regroupée avec les prestations. Cette dotation est également présentée dans les transferts afin d'avoir une vision d'ensemble des flux financiers entre le régime général et les autres organismes de sécurité sociale. De la même manière, la fiche sur les transferts prend en compte les prises en charge de cotisations et de CSG par la CNAF au titre du complément mode de garde en tant que transferts versés au régime général et autres organismes de sécurité sociale. Ces prises en charge figurent dans cette fiche comme prestations de la CNAF. Ainsi, le montant des transferts du tableau 1 est différent du montant des transferts versés de la fiche 6.5.

La présente fiche décrit globalement les dépenses du régime général, leur décomposition par branche et par poste et leur évolution. Pour plus de précision sur les déterminants spécifiques à un poste de dépense, il convient de se référer aux autres fiches du chapitre 3 mais également du chapitre 4.

Ainsi, **les dépenses de la branche maladie et de la branche AT-MP** sont décrites au travers de plusieurs fiches. La fiche 3.2 apporte une analyse de l'évolution économique des dépenses de l'ensemble des régimes intégrées au champ de l'ONDAM. La fiche 3.4 permet de rapprocher la vision économique de l'ONDAM de la vision comptable des prestations en ce qui concerne le régime général. La fiche 3.3 présente les principaux déterminants de l'évolution des dépenses de soins de ville. Par ailleurs, certaines fiches du chapitre 4 apportent une analyse complémentaire et spécifique des dépenses. Ainsi dans cette édition, l'analyse des soins de ville est enrichie d'une analyse de la profession des biologistes (fiche 4.1). L'analyse de la dépense hospitalière est complétée par les fiches 4.2 et 4.3 qui apportent un focus sur l'évolution de certaines séances à l'hôpital et le secteur de la psychiatrie. La fiche 4.6 est un complément aux fiches ONDAM avec une présentation du fonds d'intervention régionale (FIR). La fiche 4.7 est une analyse spécifique d'une des composantes de la dépense de soins de la branche AT-MP. Enfin les fiches 4.4 et 4.5 présentent un éclairage sur le fonctionnement de la protection sociale en Europe : la première sur la régulation des prix du médicament en Allemagne et la seconde sur la réforme du National Health Service, le système de protection social anglais.

Les **dépenses de la branche vieillesse** sont abordées notamment dans la fiche 3.6 qui présente les prestations de retraite du régime général et les déterminants de leur évolution. Dans cette édition, deux fiches apportent un complément utile pour comprendre cette dépense : la fiche 4.8 fait un bilan de l'élargissement de la retraite anticipée décidée en 2012 et la fiche 4.9 revient sur les résultats de l'enquête relative aux comportements de départs en retraite.

Les **dépenses de la branche famille** sont étudiées dans les fiches 3.7 et 3.8 qui présentent leur évolution que ce soit pour les prestations familiales d'entretien, les aides à la garde d'enfants ou les aides au logement. La fiche 4.10 est un éclairage spécifique sur le développement de la garde d'enfants.

Enfin deux fiches complémentaires (3.9 et 3.10) présentent l'évolution des dépenses de gestion administrative, également appelée charges de gestion courante, et celle des dépenses d'action sociale, également appelée prestations extralégales.

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

	2011	2012	%	2013	Composition	%	2014 (p)	%
Prestations nettes	293 106	303 210	3,4	311 617	92,6%	2,8	319 718	2,6
<i>dont prestations légales nettes</i>	283 617	292 377	3,1	300 807	89,4%	2,9	308 452	2,5
<i>prestations extralégales nettes</i>	4 361	4 726	8,4	4 661	1,4%	-1,4	5 144	10,4
<i>autres prestations nettes</i>	5 128	6 106	19,1	6 149	1,8%	0,7	6 123	-0,4
Transferts nets	13 807	12 742	-7,7	13 241	3,9%	3,9	13 165	-0,6
<i>dont transferts vers des régimes de base</i>	10 244	10 028	-2,1	10 384	3,1%	3,6	10 082	-2,9
<i>transferts vers des fonds</i>	3 167	2 201	-30,5	2 296	0,7%	4,3	2 523	9,9
<i>transferts vers des régimes complémentaires</i>	395	513	29,9	561	0,2%	9,3	560	-0,2
Charges financières	194	26	--	30	0,0%	15,9	62	++
Charges de gestion courante	10 721	10 802	0,7	10 922	3,2%	1,1	11 190	2,5
Autres charges	575	720	25,2	667	0,2%	-7,3	661	-1,0
Charges nettes totales	318 403	327 499	2,9	336 478	100%	2,7	344 796	2,5

Source : DSS (SDEPF/6A).

La faible augmentation de la population ainsi que la diminution de la taille des familles expliquent l'atonie des prestations d'entretien (allocations familiales...), qui représentent 55% du montant total des prestations familiales. Les aides à la garde d'enfants, qui dépendent de la natalité mais également de l'offre de garde disponible et des comportements des parents en matière de recours, décèlent depuis 2011.

Les déterminants de l'évolution des prestations d'assurance maladie sont très différents. Schématiquement, si l'on prend l'exemple des soins de ville, la dynamique de ces dépenses peut être analysée en termes d'effets prix, d'effet volume et taux de remboursement¹.

L'effet prix (-0,8%) est la résultante des évolutions, parfois de sens contraires, qui résultent de l'évolution des tarifs des actes des professionnels de santé, des baisses de prix de médicaments opérées par le comité économique des produits de santé, ainsi que de la croissance des salaires sous-jacents au calcul des indemnités journalières pour arrêts de travail.

L'effet volume (+2,1%), généralement le plus élevé des trois, retrace à la fois l'accroissement de la population des consommateurs de soins et l'intensité du recours à ces soins. Il est étroitement lié aux évolutions démographiques, que ce soit l'accroissement naturel de la population ou son vieillissement. Il dépend également de la conjoncture épidémiologique du moment et des comportements de prescription des professionnels de santé sur lesquels s'exercent les effets des politiques de maîtrise médicalisée des dépenses. Il retrace aussi les évolutions qui interviennent en matière de traitements médicaux. L'effet taux de remboursement (+0,4%) rend compte des modifications de taux mais aussi d'effets de structure dans la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie.

Un effet comptable non négligeable affecte à la hausse les prestations légales de la CNAM en 2012. Au cours de l'année 2012, la création du fonds d'intervention régional (FIR), fonds intégré aux comptes de la CNAM, s'est traduit par la comptabilisation en charges de la CNAM de dépenses de prestations auparavant comptabilisées en prestations par les autres régimes de base. Cette intégration n'a pas d'impact sur les comptes de la CNAM puisque les régimes remboursent ces prestations à la CNAM. L'effet de cette mesure sur les prestations joue en année pleine à compter de 2013. Enfin, dans le cas de la branche AT-MP, les prestations servies sont, pour une large moitié, des prestations d'incapacité permanente, dont l'évolution en volume est quasi-stable, et dont la revalorisation dépend de l'inflation prévue au 1^{er} avril. Les prestations d'incapacité temporaire constituent l'essentiel du reste des prestations : il s'agit, pour plus des deux tiers, d'indemnités journalières AT-MP dont l'évolution dépend à la fois des salaires et du taux de sinistralité. Par ailleurs, les évolutions observées peuvent également résulter de déterminants exogènes tels que le temps moyen de consolidation d'un accident, la sinistralité routière, la modification de la structure de l'emploi entre secteurs à sinistralité différente, le traitement de la sous-déclaration et de la non-déclaration des AT...

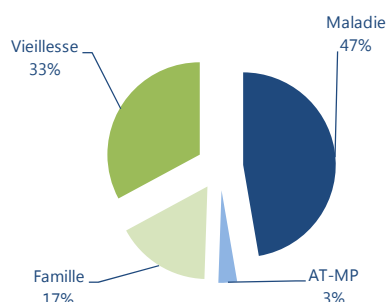
Le reste de la croissance des dépenses s'explique par l'évolution contrastée des prestations extralégales, des transferts nets et des charges de gestion courante

Après avoir crû fortement en 2012 (+8,4%), les prestations extralégales ont diminué en 2013 (-1,4%) du fait de la diminution de celles de la CNAV (cf. fiche 3.10) et de la stabilité de celles de la CNAF. En 2014, elles devraient repartir à la hausse (+10,4%), tirées par les dépenses d'action sociale de la branche famille, qui intègrent désormais les dépenses d'action sociale de la MSA². La très forte hausse des autres prestations s'explique par le fait qu'à compter de 2012 les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) sont directement versées par la CNAM-AT suite à l'intégration du FCAATA. En contrepartie, la dotation de la branche au FCAATA disparaît, ce qui explique la baisse des transferts nets en 2012. En 2013, la hausse des transferts explique 0,2 point de la croissance des dépenses. Elle serait due à la hausse des transferts de compensation démographique et aux fonds intégrés à l'ONDAM (cf. supra). Enfin, les dépenses de gestion administrative représentent 3% de la dépense, mais leur faible croissance annuelle (cf. fiche 3.9) contribue peu à la croissance des dépenses.

¹ La décomposition présentée ici est relative à l'évolution en valeur des dépenses corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés de soins de ville de la CNAM. Pour plus de détail par sous-composantes se référer à la fiche 3.3.

² A compter de 2014, les dépenses de gestion administrative et les prestations extralégales de la mutuelle sociale agricole (MSA) sont comptabilisées dans les comptes de la CNAF. Cette opération est théoriquement neutre pour la CNAF puisque des cotisations, de montants équivalents, sont également comptabilisées dans les comptes de la CNAF.

Graphique 1 • Répartition par branche des dépenses du régime général en 2013



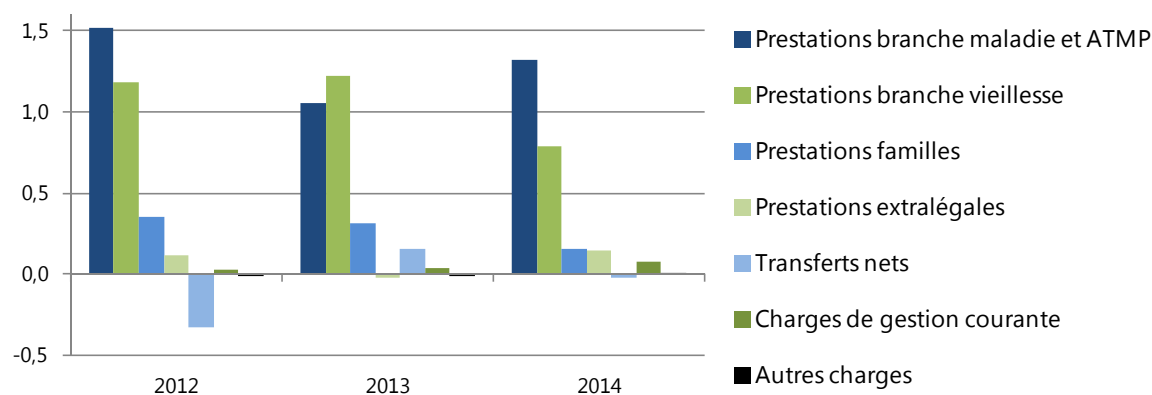
Source : DSS (SDEPF/6A).

Tableau 2 • Répartition par branche des dépenses du régime général

	En millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Maladie	156 764	160 894	2,6	164 802	2,4	168 789	2,4
AT-MP	11 560	11 698	1,2	11 333	-3,1	11 823	4,3
Famille	54 568	56 275	3,1	57 826	2,8	59 244	2,5
Vieillesse	106 528	110 238	3,5	114 554	3,9	117 091	2,2
Transferts entre branches du régime général	-11 017	-11 607	-	-12 037	-	-12 151	-
Dépenses consolidées du régime général	318 402	327 498	2,9	336 478	2,7	344 796	2,5

Source : DSS (SDEPF/6A).

Graphique 2 • Contribution des types de dépenses à la croissance des charges nettes (en points)



Source : DSS (SDEPF/6A).

Tableau 3 • Répartition par branche des prestations

	En millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Prestations de la branche maladie	145 799	149 986	2,9	153 505	2,3	157 747	2,8
Prestations légales nettes maladie	133 384	136 918	2,6	140 214	2,4	144 180	2,8
Prestations légales nettes maternité	6 681	6 739	0,9	6 770	0,5	6 905	2,0
Prestations légales nettes invalidité - décès	4 679	5 068	8,3	5 317	4,9	5 576	4,9
Autres prestations et autres provisions et pertes sur créances nettes	1 055	1 262	19,6	1 203	-4,6	1 086	-9,8
Prestations de la branche AT-MP	8 126	8 771	7,9	8 695	-0,9	8 886	2,2
Prestations légales nettes pour incapacité temporaire	3 734	3 719	-0,4	3 629	-2,4	3 772	3,9
Prestations légales nettes pour incapacité permanente	4 160	4 248	2,1	4 299	1,2	4 391	2,1
Autres prestations et autres provisions et pertes sur créances nettes	232	804	++	766	-4,7	724	-5,5
Prestations de la branche famille et dotation au FNAL	37 012	38 148	3,1	39 158	2,6	39 681	1,3
Prestations légales nettes	32 942	33 928	3,0	34 729	2,4	35 113	1,1
Dotation au FNAL pour financement d'une partie des APL	4 070	4 220	3,7	4 430	5,0	4 568	3,1
Prestations de la branche vieillesse	97 808	101 578	3,9	105 598	4,0	108 260	2,5
Prestations légales	97 863	101 570	3,8	105 516	3,9	108 225	2,6
Provisions et pertes sur créances nettes	-55	9		82		36	
Régime général	288 745	298 483		306 956	2,8	314 575	2,5

Source : DSS/SDEPF/6A)

Note de lecture : Dans ce tableau sont retracées les prestations autres que les prestations extralégales. Ainsi, les prestations relevant auparavant du FCAATA figurent dans ce tableau. Il en va de même des actions de prévention et des soins des français à l'étranger.

3.2 L'ONDAM en 2013 et 2014

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 175,4 Md€. Les dépenses se seraient finalement élevées à 174,0 Md€ selon un premier constat provisoire effectué à partir des tableaux de centralisation des données comptables. Cette estimation pourra toutefois faire l'objet de rectifications ultérieures en fonction, notamment, de la consommation effective des provisions (cf. encadré 1).

Pour la quatrième année consécutive, les dépenses de 2013 sont inférieures à l'objectif voté par le Parlement

L'écart entre les dépenses constatées et l'objectif voté s'élève à -1,4 Md€. Cette sous-exécution est imputable essentiellement aux sous-objectifs des soins de ville et de l'ONDAM hospitalier (2^e et 3^e sous-objectifs). Une fois neutralisés les changements de périmètre entre 2012 et 2013, la croissance des dépenses s'établit à 2,4%.

Le montant constaté des dépenses est inférieur de 0,9 Md€ à celui prévu lors de la dernière commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) qui tablait sur une réalisation inférieure de 500 M€, et de 0,8 Md€ à la prévision en loi de financement pour 2014 qui avait révisé à la hausse la prévision de sous-exécution de 150 M€.

Les dépenses de soins de ville sont inférieures de 1,1 Md€ à l'objectif

Les dépenses de soins de ville ont représenté 79,4 Md€, en progression de 2,0%, soit 1,1 Md€ de moins que le sous-objectif voté en LFSS. Plusieurs éléments sont à l'origine de la sous-exécution en 2013 :

- une sous-exécution du sous-objectif des soins de ville en 2012 plus élevée que prévue (-620 M€) ;
- une moindre dynamique sur la plupart des postes à l'exception des dispositifs médicaux (-480 M€)

Concernant le premier point, l'ONDAM 2013 avait été construit sur l'hypothèse d'une sous-exécution de l'ONDAM soins de ville 2012 de 350 M€. Le constat pour 2012 s'est finalement révélé inférieur d'environ 1,0 Md€ sur la partie relative aux soins de ville. Cette sous-exécution non anticipée se reporte intégralement sur le constat de l'ONDAM en 2013 et explique donc environ 620 M€.

Outre l'effet de base, la dynamique globale des soins de ville est plus faible que celle anticipée lors de la construction de l'objectif. Les deux postes dont la tendance est significativement plus faible que prévu sont les indemnités journalières et les médicaments, avec une sous-consommation respective de 160 M€ et 240 M€. S'agissant des indemnités journalières, la baisse de l'emploi salarié en 2013 (-0,6% en moyenne annuelle selon l'ACOSS en 2013) explique une partie de l'écart, cet effet étant légèrement atténué par des facteurs épidémiologiques défavorables, l'épidémie de grippe de début 2013 ayant été plus forte que la moyenne. La forte hausse du taux de pénétration des génériques, provenant de la conjugaison des importantes tombées de brevet en 2012 et 2013 et de la mesure tiers payant contre générique a largement contribué à la sous-exécution des dépenses de médicaments.

Dans une moindre mesure, le ralentissement insuffisamment anticipé des volumes de certaines autres prestations de soins explique également les moindres dépenses. C'est notamment le cas des honoraires médicaux et paramédicaux (55 M€), des laboratoires d'analyses médicales (40 M€) ou encore des dépenses de transports sanitaires (40 M€), ces moindres dépenses étant à mettre en regard des niveaux élevés de maîtrise médicalisée atteints sur ces derniers (cf. encadré 2).

A l'inverse, certaines prestations s'avèrent plus élevées qu'attendues, c'est le cas principalement des dispositifs médicaux qui ont en effet connu une évolution très vigoureuse sur l'ensemble de l'année 2013 (+6,5% sur le régime général), portée notamment par les dispositifs d'auto-traitement du diabète. En outre, on observe un dépassement d'environ 25 M€ sur diverses prestations en nature.

Enfin, les dépenses hors prestations (aides à la télétransmission, fonds des actions conventionnelles, remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques et prises en charge de cotisations des professionnels de santé notamment), ont été inférieures de 120 M€ à l'objectif voté, du fait principalement d'un surcroît de remises pharmaceutiques.

Tableau 1 • Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2013

Bilan provisoire 2013, en milliards d'euros	Constat 2012	Base 2013 réactualisée (1)	Objectifs 2013 arrêtés	Constat 2013 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Ecart à l'objectif arrêté
ONDAM TOTAL	170,0	170,0	175,4	174,0	2,4%	-1,4
Soins de ville	77,9	77,9	80,5	79,4	2,0%	-1,1
Établissements de santé	74,4	74,4	76,5	76,1	2,4%	-0,3
Établissements et services médico-sociaux	16,5	16,5	17,1	17,1	3,9%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0	8,0	8,4	8,4	4,6%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4	8,5	8,7	8,7	3,3%	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,3	1,3	6,2%	0,0

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

Source : DSS/SDEPF/6B

Encadré 1 • Quelques précisions sur la révision des réalisations de l'ONDAM 2012

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

Pour l'année 2012, les provisions inscrites dans les comptes ont surestimé les dépenses d'environ 310 M€. Cet écart se décompose en des surestimations respectives de l'ordre de 150 M€ pour les soins de ville, de 50 M€ pour les établissements de santé privés et d'environ 100 M€ pour les établissements de santé publics. Enfin, les « autres prises en charge » ont été revues à la baisse d'environ 15 M€ pour tenir compte d'informations nouvelles sur le poste des Français à l'étranger. Au total, les réalisations définitives des dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent en 2012 à 170,0 Md€, soit 1,2 Md€ de moins que l'objectif initial, la hausse étant de +2,3 % par rapport aux dépenses observées en 2011 dans le champ de l'ONDAM.

Les écarts aux provisions présentés ci-dessus avaient déjà été anticipés en partie lors de la dernière CCSS de septembre 2013.

Encadré 2 • La réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2013

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

Le processus de maîtrise médicalisée s'inscrit dans le cadre de la convention médicale signée en 2005 et en 2011, le corps médical s'étant engagé dans un effort collectif visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective.

Des objectifs quantifiés, se rapportant à un certain nombre de thèmes, sont ainsi définis chaque année. Pour 2013, l'objectif de maîtrise médicalisée a été fixé à 550 M€. Le taux de réalisation s'est élevé cette année à 109%, les résultats atteints sur certains postes de dépenses ayant dépassé l'objectif fixé.

	Objectif	Réalisation	Taux d'atteinte
Médicaments	250	264	106%
Dispositifs médicaux	70	30	43%
Indemnités journalières	100	100	100%
Transports	70	152	217%
Kinésithérapie	40	49	123%
Biologie	10	0	0%
Actes	10	7	70%
Total	550	602	109%

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

Les dépenses à destination des établissements de santé s'inscrivent 350 M€ en dessous de l'objectif

Avec une dépense de 76,1 Md€ en 2013, en progression de 2,4%, l'écart à l'objectif constaté sur les établissements de santé s'élève à -350 M€.

Les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale, pour la partie tarifée à l'activité, ont été supérieures de 305 M€ à l'objectif voté. Le dépassement est principalement lié à un très fort dynamisme de la liste des médicaments en sus. À l'inverse, les cliniques privées ont contribué pour près de 165 M€ à la sous-exécution totale constatée.

De même, après prise en compte de 150 M€ de crédits non délégués (dont 75 M€ de crédits mis en réserve et 10 M€ au titre de PAERPA inclus dans le sous-objectif relatif aux autres prises en charge), les dépenses liées au fonds d'intervention régional (FIR) dans le champ de l'ONDAM ont été inférieures d'environ 35 M€ supplémentaires, soit 185 M€ au total. Sur les 35 M€ de moindres dépenses du FIR, 18 M€ sont liés à de la fongibilité vers des dépenses de prévention qui ne sont pas incluses dans le champ de l'ONDAM 2013.

Au total, compte tenu :

- de la sur-exécution des établissements de santé publics (305 M€) ;
- des dépenses plus faibles que prévu des cliniques privées (-165 M€) ;
- de la sous-consommation des enveloppes FIR dans le champ de l'ONDAM hospitalier (-35 M€) ;
- des mises en réserves de dotations hospitalières finales s'élevant à 290 M€ (185 M€ portant sur les dotations annuelles de financement – DAF -, 75 M€ sur le FIR et 27 M€ au titre des crédits déçus du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés) ;
- de l'ensemble des crédits non délégués s'élevant à environ 110 M€ (65 M€ inclus dans la dotation du FIR et 43 M€ de DAF) ;
- et des dépenses plus faibles que prévu sur le champ non régulé (60 M€) ;

les dépenses des établissements ont été finalement inférieures d'environ 350 M€ à l'objectif voté.

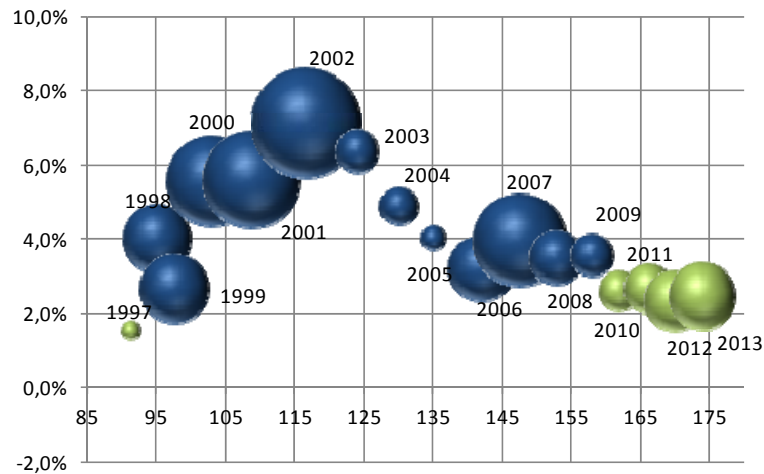
Un ONDAM médico-social inchangé mais une moindre réalisation de l'objectif global de dépenses médico-sociales

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée qui ne peut être ni dépassée ni sous-consommée hors du champ de la loi de financement. L'enveloppe pour personnes âgées s'est élevée à 8,4 Md€, en progression de 4,6% à champ comparable. La progression de l'enveloppe pour personnes handicapées est de 3,3% pour un montant 2013 de 8,7 Md€. Toutefois, les dépenses entrant dans l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD), qui agrège les versements de l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la contribution de cette dernière sur ses ressources propres au financement des établissements et services pour personnes handicapées et âgées, se situent 100 M€ en deçà de l'objectif fixé pour 2013 (-156 M€ pour le secteur « personnes âgées » et +55 M€ pour le secteur des « personnes handicapées »).

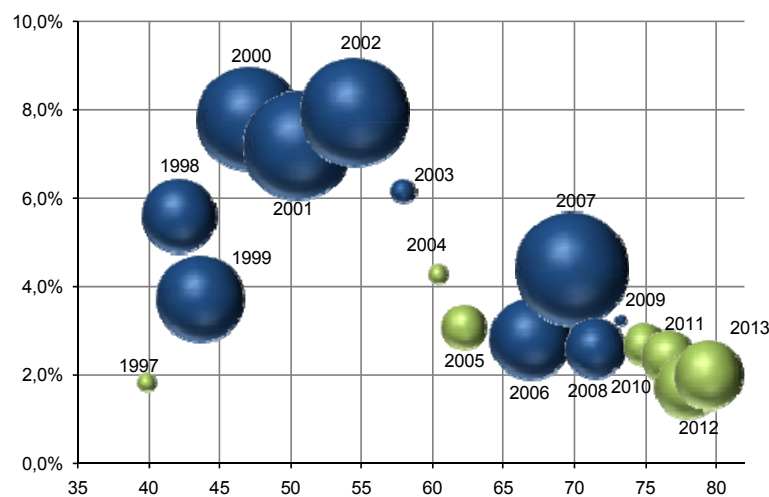
Un léger dépassement sur les autres prises en charge

Les autres prises en charge ont représenté en 2013 une dépense de 1,3 Md€, en dépassement de 15 M€ par rapport au sous-objectif voté en LFSS. L'écart porte principalement sur un niveau de dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger plus élevé que prévu (+30 M€) minoré par des dépenses relevant du champ du FIR (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et Personnes âgées en risque de perte d'autonomie -PAERPA) inférieures à l'objectif voté.

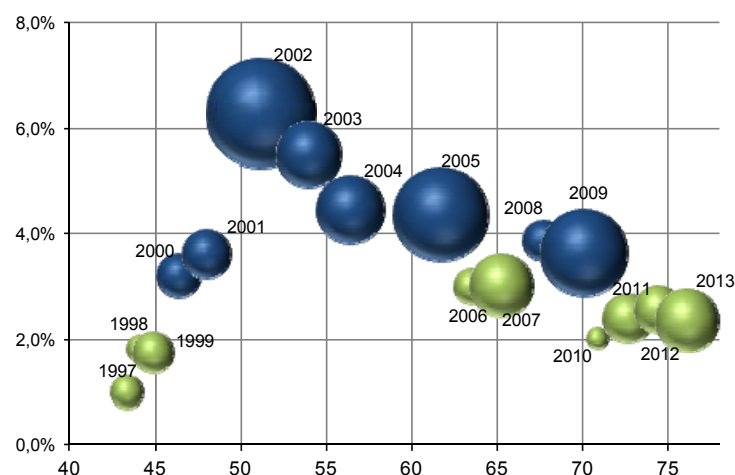
Graphique 1 • Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM depuis 1997



Graphique 2 • Évolution des dépenses de soins de ville depuis 1997



Graphique 3 • Évolution des dépenses relatives aux établissements de santé depuis 1997



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 de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en bleu) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2013, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) ont atteint 174,0 Md€, compte tenu d'une sous-exécution de 1,4 Md€ soit une évolution à périmètre constant de 2,4%.

L'ONDAM 2014 devrait être respecté du fait notamment des moindres dépenses en 2013

L'objectif voté par le Parlement pour l'année 2014 s'élève à 179,1 Md€. Sur la base des réalisations de l'année 2013, et compte tenu des dernières données disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville et des versements aux établissements de santé, une première estimation des dépenses d'assurance maladie a été réalisée pour 2014.

La sous-consommation de l'objectif 2013 jouerait favorablement sur le respect de l'ONDAM voté pour 2014

Le niveau des dépenses atteint en 2013 fait apparaître une moindre réalisation de 1,4 Md€ par rapport à l'objectif voté (*cf. supra*) et de 0,8 Md€ par rapport à la base retenue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette révision tient à la fois à une sous-exécution non prévue d'environ 470 M€ sur les sous-objectifs des soins de ville et des « autres prises en charge » et à une sous-exécution d'environ 350 M€ des sous-objectifs hospitaliers et du sous-objectif relatif aux dépenses du FIR (*cf. fiche 4.6*).

La moindre réalisation observée sur les prestations de soins de ville, et pour partie sur les remises conventionnelles (dont par prudence le surcroît observé en 2013 n'a pas été complètement reporté en 2014), et dans une moindre mesure sur le 7^e sous-objectif se reporte, à taux de croissance inchangé, sur le niveau des dépenses attendu en 2014 qui bénéficie donc d'un effet base favorable d'environ 420 M€.

En revanche, la sous-exécution des sous-objectifs hospitaliers n'étant pas de même nature, elle ne peut être intégralement retenue sur la base 2014. En effet, la sous-exécution constatée en 2013 sur ce champ résulte de décisions de versements de dotations qui ne sont donc pas reconduites automatiquement d'une année sur l'autre.

Des aléas favorables et défavorables sur les soins de ville

Par rapport aux hypothèses retenues lors de la LFSS, le surcoût de certaines mesures pourrait être plus faible qu'attendu engendrant une économie estimée à environ 50 M€.

De plus, l'épisode de grippe saisonnière de 2014 s'est avéré de moindre ampleur qu'une grippe moyenne, hypothèse retenue en construction, et devrait conduire à 50 M€ de remboursements de moins *via* une moindre consommation de soins généralistes, de médicaments et d'indemnités journalières.

A l'inverse, ces évolutions favorables sont atténuées par divers risques pesant sur l'évolution des dépenses. Ainsi, l'arrivée de nouvelles molécules pourrait conduire dès 2014 à un surcroît de dépenses non prévu lors de la LFSS. De même, une petite partie des économies attendues, notamment au titre des baisses de prix sur les produits de santé, pourrait être reportée en 2015.

Au total, ces aléas sur les soins de ville se compenseraient et l'effet de base provenant de 2013 serait garanti en 2014.

La progression prévue de l'ONDAM hospitalier pourrait être respectée grâce à des mises en réserve renforcées

S'agissant des établissements de santé, l'absence d'exhaustivité des données en dates de soins à ce stade de l'année ne permet pas à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) de fournir une prévision sur 2014 et donc, de fait, de signaler tout écart potentiel à l'objectif voté.

Des mises en réserve ont été réalisées afin de pallier tout risque de dépassement potentiel pour un total de 545 M€ (*cf. graphique 4*). Comme en 2013, une partie de ces mises en réserve se fait sous la forme d'une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient prudentiel. Cette mise en réserve pourra être reversée en tout ou partie aux établissements de santé en fin d'année, sous forme de dotation, selon l'état d'exécution de l'ONDAM.

Au total, l'ensemble de ces mises en réserve sécurisent la prévision d'un respect en niveau de l'objectif voté pour 2014 sur l'ONDAM hospitalier.

Tableau 2 • Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM en 2014

Prévision 2014, en milliards d'euros	Constat 2013	Base 2014 réactualisée (1)	Objectifs 2014 arrêtés	Prévisions 2014 hors mesures supplémentaires (2)	Prévisions 2014 yc mesures supplémentaires (3)	Taux d'évolution (3/1)	Ecart à l'objectif arrêté
ONDAM TOTAL	174,0	174,0	179,1	178,6	178,3	2,4%	-0,8
Soins de ville	79,4	78,8	81,1	80,7	80,7	2,4%	-0,4
Établissements de santé	76,1	73,7	75,5	75,5	75,2	2,1%	-0,2
Établissements et services médico-sociaux	17,1	17,1	17,6	17,6	17,6	2,8%	-0,04
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4	8,4	8,6	8,6	8,6	2,3%	-0,04
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7	8,7	9,0	9,0	9,0	3,2%	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	0,0	2,9	3,2	3,2	3,1	7,6%	-0,08
Autres prises en charge	1,3	1,6	1,7	1,7	1,7	5,6%	0,0

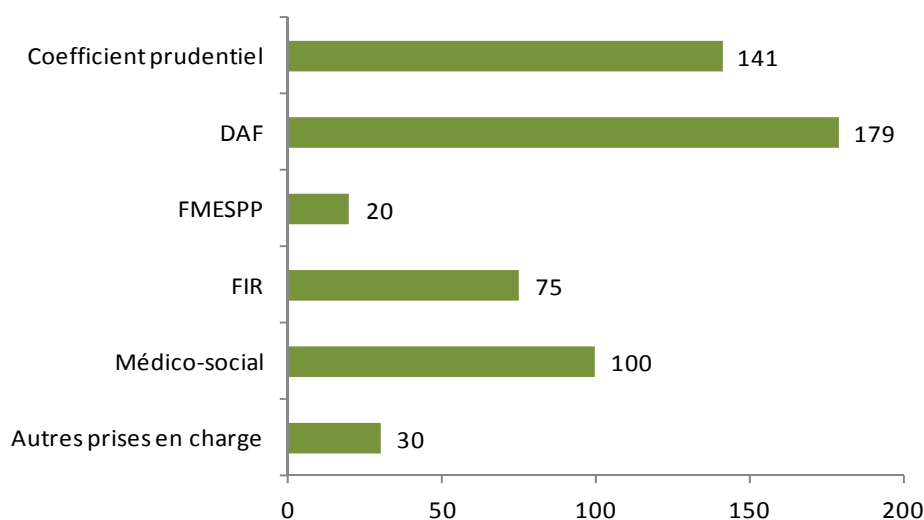
NB : Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. La base 2014 réactualisée est constituée des réalisations de l'ONDAM 2013 au périmètre 2014.

Source : DSS/SDEPF/6B

Tableau 3 • Réactualisation de la base 2014 et des mesures complémentaires sur la prévision 2014

Écarts à l'objectif 2013, en milliards d'euros	Écarts à l'objectif 2013 retenus en LFSS 2014 (1)	Écarts constatés sur l'ONDAM 2013 (2)	Écarts (2) - (1)	Effet base 2014 retenu	Mesures supplémentaires	Prévisions 2014
ONDAM TOTAL	-0,7	-1,6	-0,8	-0,4	-0,3	-0,8
Soins de ville	-0,7	-1,1	-0,5	-0,4	0,0	-0,4
Établissements de santé	0,0	-0,3	-0,3	0,0	-0,2	-0,2
Établissements et services médico-sociaux	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,04	-0,04
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,04	-0,04
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	0,0	-0,2	-0,2	0,0	-0,08	-0,08
Autres prises en charge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Graphique 4 • Ventilation par poste des dotations mises en réserve début 2014



Encadré 3 • Les transferts de fongibilité en 2014

Les sous-objectifs de l'ONDAM votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ont été corrigés au début de l'année afin de tenir compte des transferts de fongibilité d'enveloppe à enveloppe, dont les montants n'étaient pas connus lors de la construction de l'objectif. Il s'agit de transferts des établissements de santé vers les établissements médico-sociaux, à hauteur d'environ 6 M€.

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

Compte tenu de la sous-exécution de l'ONDAM 2013, l'atteinte d'un taux d'évolution de +2,4 % de l'ONDAM en 2014, identique à celui voté, nécessite que les réalisations attendues soient inférieures de 765 M€ à l'objectif initial.

En complément des effets de base favorables pouvant être retenus sur les sous-objectifs des soins de ville et des autres prises en charge, des mises en réserve supplémentaires, à hauteur de 343 M€, ont été décidées pour 2014:

- 225 M€ de dotations hospitalières
- 43 M€ de crédits médico-sociaux répartis sur le 4^e sous-objectif ;
- 75 M€ de crédits FIR ;

Au total, tous postes confondus, compte tenu des effets de base issus de 2013, des facteurs épidémiologiques et exceptionnels, du possible moindre rendement des mesures d'économies, et des 343 M€ de mises en réserve supplémentaires prévues, la dépense pour l'année 2014 devrait être inférieure d'environ 0,8 Md€ (cf. tableaux 2 et 3).

Encadré 4 • Présentation des principaux changements de périmètre de l'ONDAM 2014

Par souci d'une plus grande transparence et d'un meilleur suivi des dépenses, les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ont rendu le 11 septembre 2013 un avis favorable à la création d'un nouveau sous-objectif retraçant les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) financées par l'assurance maladie. Afin de garantir la cohérence entre les comptes de l'assurance maladie et les sous-objectifs de l'ONDAM, le sous-objectif relatif au FIR n'inclut pas les dépenses provenant du budget de l'État, ni du financement provenant de la CNSA.

L'introduction de ce nouveau sous-objectif relatif au FIR implique le transfert dans la base 2014 (les dépenses 2013) de toutes les dépenses qui étaient jusque là incluses dans les autres sous-objectifs. Cela s'est traduit par le transfert d'environ 150 M€ des soins de ville vers le sous-objectif relatif au FIR au titre principalement de la permanence des soins. De même, environ 2,5 Md€ de l'ONDAM hospitalier sont transférés vers le sous-objectif relatif au FIR représentant principalement le montant des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation qui avaient été déléguées au FIR ainsi que la partie régionalisée du fonds pour la modernisation des établissements sanitaires publics et privés. Enfin, environ 200 M€ du poste relatif aux « autres prises en charge » sont transférés au sous-objectif relatif au FIR représentant la partie régionalisée du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ainsi que les sommes relatives au programme « personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

A ces transferts entre sous-objectifs s'ajoutent environ 80 M€ au titre de la démocratie sanitaire ainsi que de la prévention dans le champ de l'assurance maladie qui n'étaient pas dans le champ de l'ONDAM auparavant.

Outre ces modifications liées à la création d'un sous-objectif relatif au FIR, d'autres changements de périmètre interviennent dans la construction de l'ONDAM 2014, les principales sont listées ici (cf. annexe 7 au PLFSS 2014 pour avoir le détail complet de la construction de l'ONDAM 2014) :

- dans une logique d'élargissement de la régulation des dépenses et de la cohérence entre l'ONDAM et les comptes de la branche maladie, les dotations à la charge de l'assurance maladie pour financer différents fonds et organismes sont intégrées au sous-objectif « autres prises en charge » pour un montant correspondant en 2013 à environ 480 M€. Il s'agit notamment des dotations finançant la haute autorité de santé, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'agence de biomédecine, l'établissement pour la préparation et de réponse aux urgences sanitaires, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu ;

- environ 600 M€ de dépenses, jusque-là inscrites dans l'ONDAM comme indemnités journalières au bénéfice de fonctionnaires et d'agents de la SNCF et de la RATP, sont retranchées du sous-objectif des soins de ville. Ces dépenses correspondent à des maintiens de salaire à la charge de l'employeur en cas d'arrêt maladie et ne concernent dans le cas des fonctionnaires que les arrêts de longue durée, il ne s'agit donc pas strictement de dépenses d'assurance maladie ;

- environ 50 M€ de prise en charge des cotisations des professionnels de santé exerçant dans les centres de santé sont intégrés dans le périmètre de l'ONDAM soins de ville ;

- la prise en charge du forfait médecin traitant par les organismes complémentaires prévue dans l'avenant 8 à la convention médicale est intégrée dans le périmètre de l'ONDAM, 75 M€ ayant été versés au titre de l'année 2013.

D'autres changements de périmètres ont été réalisés notamment pour prendre en compte de nouvelles dépenses comme la création d'indemnités journalières au bénéfice des exploitants agricoles ou encore pour l'affiliation attendue des Français frontaliers travaillant en Suisse. Sont également pris en compte des transferts entre sous-objectifs, notamment entre les établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les soins de ville et entre les deux sous-objectifs médico-sociaux.

Au total, ces modifications affectent le périmètre global de l'ONDAM de 11 M€. Il est à noter que lors de la construction de la base pour 2014, les montants prévus des changements de périmètre affectaient le niveau de l'ONDAM à hauteur d'environ 30 M€.

En milliards d'euros	Changements de périmètres
Soins de ville	-0,7
Établissements de santé	-2,5
Établissements et services médico-sociaux	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	2,9
Autres prises en charge	0,3
Total	0,0

3.3 La consommation de soins de ville

Les dépenses de soins de ville prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de 2,0% en 2013 après une progression particulièrement faible de 1,7% en 2012. Par rapport aux évolutions historiques, on observe un ralentissement de la progression des remboursements de soins.

Sur le seul champ des prestations du régime général, c'est-à-dire hors prises en charge de cotisations des professionnels de santé, dotations au fonds des actions conventionnelles et remises conventionnelles, les soins de ville ont progressé de 1,9% (cf. tableau 1). Hors rémunérations sur objectif de santé publique pour les médecins et les pharmaciens (ROSP), leur évolution est ramenée à +1,7%.

La croissance des soins de ville en 2013 reste donc modérée quoiqu'à un rythme plus élevé qu'en 2012, et résulte d'évolutions contrastées sur les différents postes. Les honoraires médicaux et paramédicaux, les dépenses de transports sanitaires ainsi que les dispositifs médicaux portent l'intégralité de la croissance alors que la progression des dépenses de biologie et d'indemnités journalières est très faible et que les remboursements de médicaments diminuent.

Une croissance des soins de ville (régime général) en 2013 portée presque exclusivement par quatre postes de dépenses

En 2013, les honoraires médicaux et dentaires, les honoraires paramédicaux, les dépenses de transports sanitaires et les dispositifs médicaux ont contribué pour plus de 100% à croissance des soins de ville alors qu'ils ne représentent que 51% de la dépense.

Une évolution modérée des honoraires de médecins généralistes et de dentistes

Les honoraires médicaux et dentaires, qui représentent plus du quart de la dépense des soins de ville, ont progressé de 1,8% y compris ROSP contre 2,3% en 2012 (1,5% en 2013 et 0,8% en 2012 hors ROSP). Dans l'ensemble, les honoraires médicaux et dentaires contribuent pour un quart à la croissance des dépenses de soins de ville en 2013.

Plus en détail, les dépenses de médecine générale augmentent de 1,8% en 2013 contre 4,5% en 2012, première année de mise en œuvre de la ROSP. Neutralisé de l'effet de cette nouvelle rémunération, les dépenses de médecine générale sont en accélération par rapport à 2012 du fait principalement du paiement en 2013 de nouvelles rémunérations prévues dans l'avenant 8 de la convention médicale (forfait médecin traitant – FMT - et majoration pour personnes âgées - MPA)¹ mais également du fait d'une situation épidémiologique défavorable en 2013 qui a eu pour conséquence d'accroître le nombre de consultations. Ainsi, l'effet volume est de 1,6% hors ROSP contre 0,8% en 2012.

Par ailleurs, l'évolution des remboursements de soins dentaires ralentit par rapport à 2012 (0,4% contre 0,8% en 2012).

Une reprise modérée des honoraires des médecins spécialistes

En 2013, les dépenses de médecins spécialistes ont augmenté de 1,9% y compris ROSP après +1,3% en 2012 (hors ROSP, +1,7% en 2013 après +1,2% en 2012). Cette reprise est principalement portée par les actes techniques qui évoluent de +2,3% sur l'année et dont la hausse est particulièrement marquée sur le dernier trimestre 2013 (+5,3% en glissement trimestriel). D'après les données de la CNAMTS, ce sont les actes d'ophtalmologie et ceux de radiodiagnostic et imagerie médicale qui évoluent le plus rapidement en 2013. Quant aux remboursements de consultations, ils n'évoluent que de 0,3%.

L'effet volume est de +2,2% après +1,4% en 2012. A l'inverse, l'effet prix est de -0,2%, les revalorisations accordées par l'assurance maladie dans le cadre de l'avenant 8 à la convention médicale ayant été plus que compensées par des mesures d'économies portant notamment sur les actes de radiologie.

Concernant les paramédicaux, l'évolution très dynamique des honoraires de sages-femmes (+14,9% en 2013 après +9,3% en 2012) est principalement liée au dispositif Prado qui prévoit une prise en charge à domicile de la mère par une sage-femme libérale.

¹ Le FMT consiste en un versement de 5€ sur l'année par patient n'étant pas en affection de longue durée et la MPA en une majoration de 5 € de la consultation pour une personne âgée de plus de 85 ans, la majoration s'appliquant aux plus de 80 ans à partir de 2015.

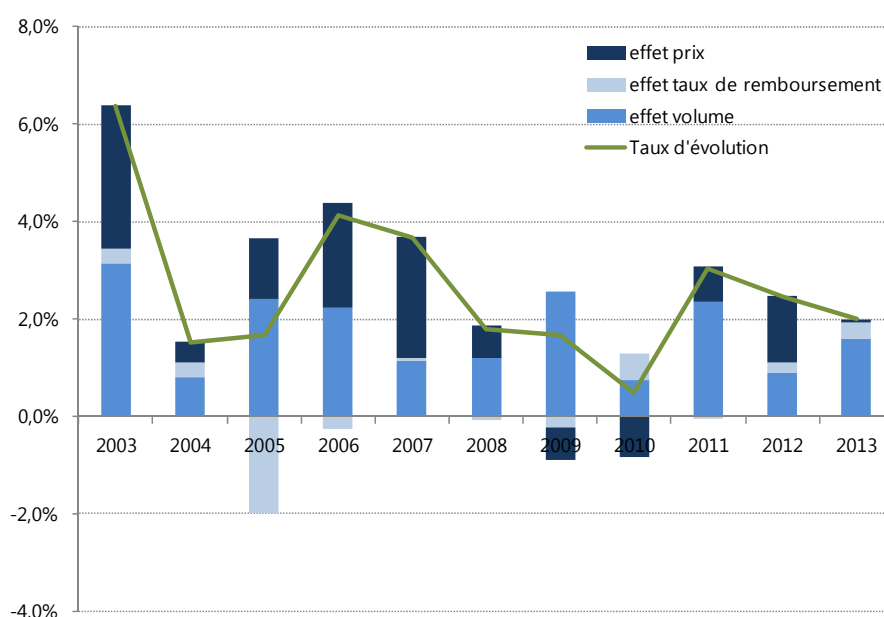
Tableau 1 • Évolution des prestations de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2012	2013	Évolution	Contrib. à la croissance
Soins de ville	62 925	64 120	1,9%	100,0%
Honoraires libéraux	29 994	30 966	3,2%	81,3%
<i>dont</i>				
Honoraires privés	16 751	17 046	1,8%	24,7%
généralistes	5 424	5 521	1,8%	8,2%
spécialistes	8 577	8 740	1,9%	13,7%
sages-femmes	151	173	14,9%	1,9%
dentistes	2 600	2 611	0,4%	1,0%
Honoraires paramédicaux	7 394	7 915	7,1%	43,6%
infirmières	4 180	4 487	7,4%	25,7%
kinésithérapeutes	2 668	2 840	6,4%	14,4%
orthophonistes	493	530	7,4%	3,1%
orthoptistes	53	58	10,2%	0,5%
Laboratoires	2 816	2 825	0,3%	0,8%
Transports de malades	3 033	3 180	4,8%	12,3%
Produits de santé	22 839	23 045	0,9%	17,3%
<i>dont</i>				
Médicaments	18 610	18 546	-0,3%	-5,4%
Dispositifs médicaux	4 229	4 500	6,4%	22,6%
Indemnités journalières	8 771	8 790	0,2%	1,5%
IJ maladie	6 220	6 248	0,5%	2,4%
<i>courtes (moins de 3 mois)</i>	3 691	3 744	1,4%	4,5%
<i>longues (plus de 3 mois)</i>	2 529	2 504	-1,0%	-2,1%
IJ AT	2 552	2 541	-0,4%	-0,8%
Autres	888	897	1,1%	0,8%
ALD 31 et ALD 32	434	422	-2,6%	-0,9%

Source : Calculs DSS/SDEPF/6B, données CNAM (données brutes en dates de soins à fin janvier 2014)

Note : les taux d'évolutions sont calculés à champ constant

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des dépenses en honoraires médicaux (yc ROSP)



Source : Calculs DSS/SDEPF/6B, données CNAM (données cvs-cjo en dates de soins à fin janvier 2014)

Les honoraires paramédicaux connaissent une croissance forte tirée notamment par des revalorisations tarifaires

Les honoraires paramédicaux augmentent de 7,1% en 2013 après 7,3% en 2012 portés aussi bien par les dépenses de soins infirmiers que par ceux de masso-kinésithérapie. Ils contribuent pour près de 45% à la croissance totale des soins de ville alors qu'ils ne représentent que 12% de la dépense sur ce champ.

Les dépenses de soins infirmiers ont augmenté de 7,4% (contre 8,5% en 2012 et 5,9% en 2011). La revalorisation accordée en juin 2012¹ de ces actes continue de se reporter sur les dépenses en 2013. Ainsi, l'effet prix en 2013 s'élève à +1,8% après +2,7% en 2012 et aucun effet en 2011. En revanche, l'effet volume continue de décélérer en 2013 bien qu'il se situe à un niveau toujours important (+5,4% contre une moyenne historique de 6,5%).

Les soins de masso-kinésithérapie connaissent également une croissance forte (+6,4% après 5,6% en 2012) portée à la fois par un effet prix de +2,6% du fait des revalorisations tarifaires de ces actes en juillet 2012² qui se reportent en 2013 mais également par un volume qui s'accroît plus rapidement que les années précédentes (+3,7% contre une moyenne historique de +3,3%)

Enfin, les actes d'orthophonie et d'orthoptie, qui représentent des montants moins conséquents, augmentent respectivement de 7,4% et 10,2% (après +6,0% et 5,6% en 2012).

La croissance des dépenses de transports sanitaires résulte essentiellement des hausses tarifaires

Les dépenses de transports sanitaires ont progressé de 4,8% en 2013 après une progression de 5,7% en 2012. L'exercice 2013 est marqué comme en 2012 par des revalorisations tarifaires pour les ambulanciers, les véhicules sanitaires légers (VSL) ainsi que la hausse du tarif des taxis. Ainsi, l'effet prix est de 4,2% (après +3,7% en 2012 et +1,0% en 2011) portant presque l'intégralité de la hausse en 2013. A l'inverse, l'effet volume en est particulièrement faible (+0,6% contre une moyenne historique de +3,3%). Ce volume est notamment à mettre en regard des économies de maîtrise médicalisée réalisées sur ce poste (cf. fiche 3.2, encadré 2).

Il est à noter que seuls les volumes de transport en taxi augmentent rapidement, quoiqu'en décélération par rapport aux années précédentes (+4,0% en 2013 contre +8,2% en moyenne historique). A l'inverse, les volumes de transport en VSL diminuent de 4,0% alors que les volumes de transports en ambulance connaissent une croissance faible (+0,8%).

Une croissance très dynamique des dispositifs médicaux

L'évolution des dépenses de dispositifs médicaux en 2013 est de 6,4% (après 4,8% en 2012 et 4,2% en 2011) et contribue pour plus de 22% à la croissance totale des soins de ville alors que les dispositifs médicaux ne représentent que 7% de la dépense. En 2013, l'évolution des dépenses redevient dynamique, les mesures prises en 2011, notamment la hausse du ticket modérateur de 35% à 40%, n'ayant plus d'effet à partir de 2013.

Plus en détail, une analyse de montre que le poste « autres matériels pour traitement à domicile » contribue le plus à la croissance des dispositifs médicaux. Il s'agit notamment des dispositifs pour auto-traitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles). Le poste « matériels et appareils pour traitement divers » contribue également fortement à la croissance notamment du fait des produits consommables pour l'autocontrôle du diabète.

¹ Les revalorisations du poste infirmier concernaient des indemnités forfaitaires de déplacement, la création d'une majoration d'acte unique et d'une majoration de coordination infirmière.

² Les revalorisations du poste masseur-kinésithérapeutes concernaient les actes de kinésithérapie, les actes en établissement, les actes de kinésithérapie ostéo-articulaire et l'indemnité forfaitaire de déplacement.

Encadré 1 • La décomposition de la croissance des dépenses remboursées

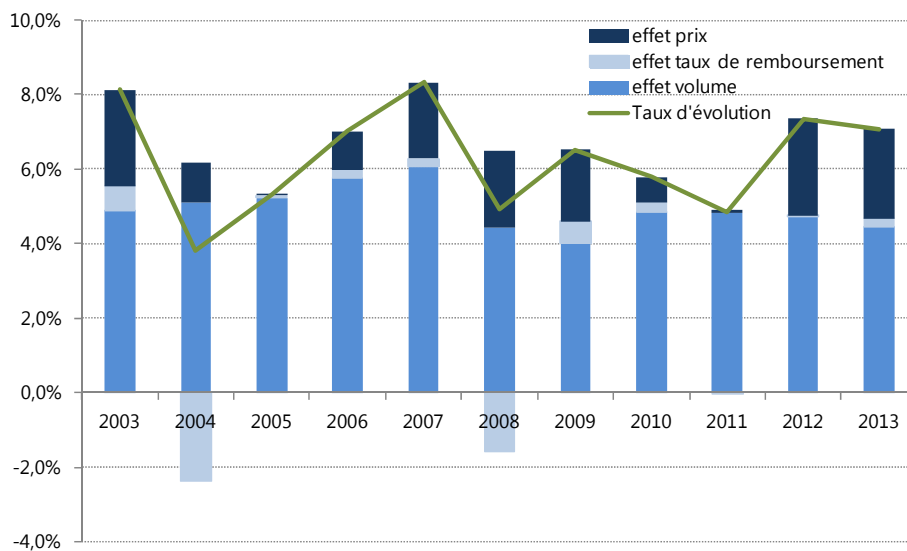
Le taux de croissance de la dépense d'assurance maladie peut se décomposer en trois effets (prix, volume et taux de remboursement) sur lesquels il est possible d'agir pour réguler la dépense.

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

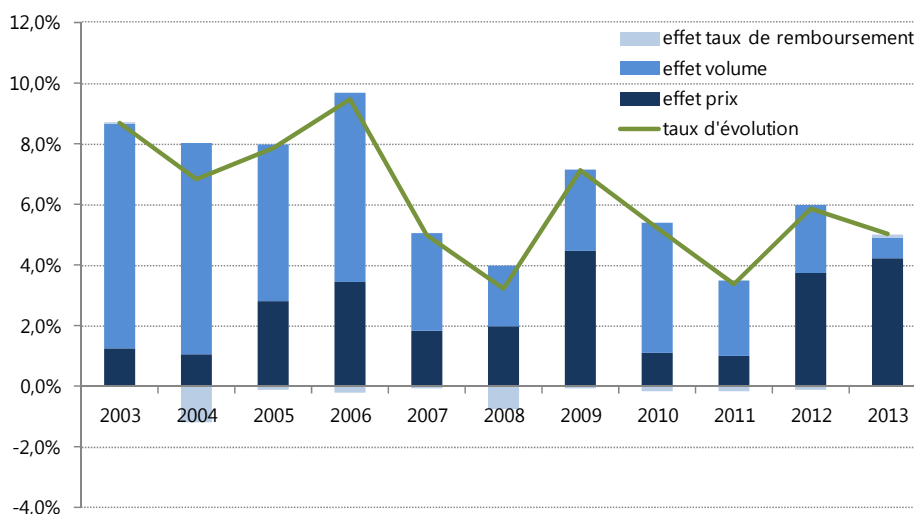
L'effet volume mesure l'évolution du nombre d'actes et de prescriptions. Il est calculé grâce aux données mensuelles en date de soins **remboursables** de la CNAM, déflatées des tarifs. Cet effet permet notamment d'apprécier les mesures portant directement sur les volumes (actions de maîtrise médicalisée,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

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

Graphique 2 • Décomposition de la croissance des dépenses en honoraires paramédicaux



Graphique 3 • Décomposition de la croissance des dépenses de transports sanitaires



Source : Calculs DSS/SDEPF/6B, données CNAM (données cvs-cjo en dates de soins à fin janvier 2014)

Des baisses de prix de médicaments et l'évolution toujours contenue des indemnités journalières ont permis de modérer la croissance des soins de ville

Les dépenses de médicaments baissent en 2013

Y compris ROSP pour les pharmaciens, les dépenses de médicaments baissent de -0,3% après une croissance nulle en 2012 (hors ROSP, ils évoluent de -0,7% en 2013 après -0,4% en 2012).

Comme en 2012, le niveau d'économies réalisées est très important ; en effet sur l'ensemble des régimes et y compris les effets de la maîtrise médicalisée, elles s'élèvent à 1,1 Md€ environ. Ainsi, le niveau élevé des baisses de prix a encore diminué l'effet prix (-3,8% en 2013 contre -3,4% en 2012 et -2,1% en 2011).

Par ailleurs, l'effet générique calculé par la CNAMTS atteint -2,2% contre une moyenne historique de -1,2%. En effet, le taux de pénétration des médicaments génériques a fortement augmenté depuis 2012 et atteint environ 80% en 2013. Cette hausse est due à d'importantes tombées de brevets en 2012 et 2013 (notamment Tahor®), mais résulte également de la généralisation de la mesure tiers-payant contre générique et de la ROSP pour les pharmaciens¹ inscrites dans la convention pharmaceutique d'avril 2012.

L'effet volume, corrigé de la déformation structurelle induit par l'élargissement du répertoire et la hausse du taux de substitution, reste stable à +4,9% à comparer à une moyenne historique de 4,8% ; en revanche, l'effet taux de remboursement reste à un niveau élevé (+0,8% après 1,2% en 2012 et une moyenne historique de 0,4%) du fait principalement de la progression des médicaments remboursés à 100% (cf. graphique 4).

Une croissance très faible des dépenses des laboratoires d'analyse médicale

En 2013, les dépenses d'analyse médicale augmentent de 0,3% après une baisse de 1,4% en 2012 et une croissance historique de 1% par an en moyenne. Cette faible croissance s'explique par un effet volume significativement inférieur aux évolutions antérieures et un effet prix négatif (cf. graphique 5). L'infléchissement du volume débuté en 2012 se poursuit en 2013. Ainsi, l'effet volume passe de +3,2% en 2012 à +3,0% en 2013 alors que la moyenne historique est de +4,6%.

D'autre part, des baisses tarifaires ont été réalisées depuis 2011 sur de nombreux actes (cf. fiche 4.1) et participe à la modération de la dépense remboursée : l'effet prix est de -2,6% en 2013 après -4,3% en 2012.

Les dépenses d'indemnités journalières sont stables en 2013 après avoir baissé en 2012

Par rapport à la tendance observée des années passées (3,4% de croissance annuelle moyenne entre 2006 et 2011), les dépenses d'IJ ralentissent fortement à partir de 2011 : +2,1% en 2011 puis -1,1% en 2012, et une stabilité en 2013.

Plus en détail, les différentes catégories d'IJ connaissent des évolutions contrastées. Les dépenses d'IJ pour accidents du travail continuent de décroître (-0,4% en 2013 après -1,4% en 2012). De même les IJ maladie de plus de trois mois connaissent une baisse de -1,0% plus prononcée qu'en 2012 (-0,3%). En revanche les IJ de moins de trois mois augmentent de 1,4% en 2013 après avoir connu une baisse en 2012 de -1,5%.

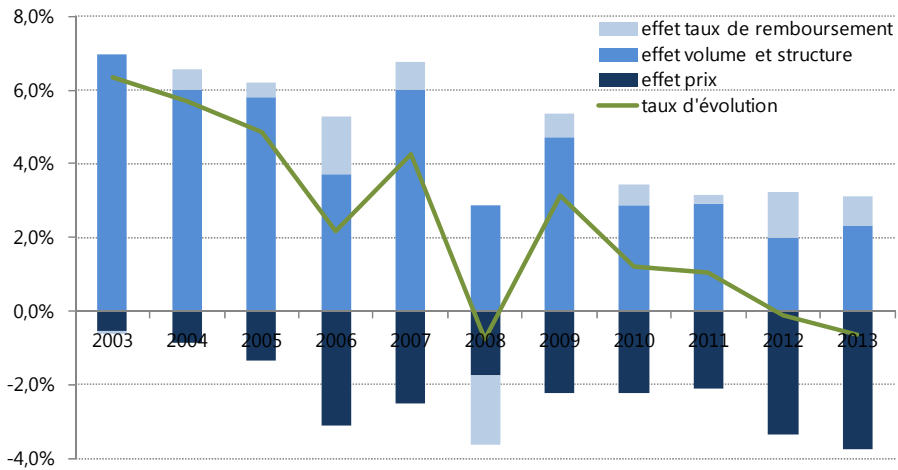
Plusieurs facteurs sont à l'origine de la faible croissance globale des IJ en 2013 :

- L'impact des hausses de salaires de 1,8% en 2013 et 2,2% en 2012 (salaire moyen par tête, données ACOSS) a été atténué en 2013 par les mesures prises fin 2010 et en 2011 : depuis le 1^{er} décembre 2010, le calcul de l'indemnité a été modifié² et en 2011, le plafond a été abaissé à 1,8 SMIC. L'effet prix, calculé par la CNAM à partir du salaire mensuel de base (SMB) corrigé d'une estimation *ex-ante* de l'effet des mesures, passe ainsi d'une moyenne de 2,0% par an à +0,6% en 2012 et 1,2% en 2013.
- Les volumes continuent de décroître en 2013 de 0,9% (après -1,7% en 2012). Cette baisse est principalement imputable à la baisse de l'emploi salarié de 0,6% en 2013 (après -0,2% en 2012 d'après l'ACOSS) mais est atténuée en 2013 par une grippe saisonnière plus forte qu'en moyenne.

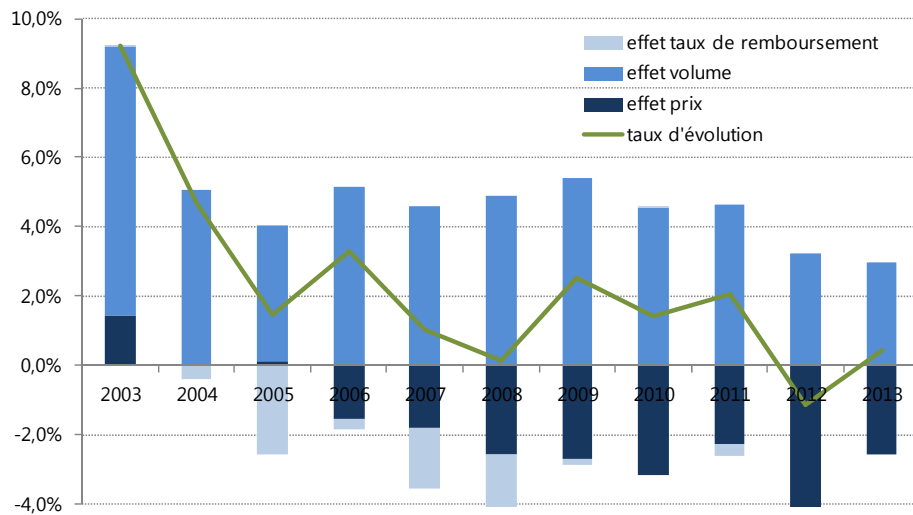
¹ La ROSP pour les pharmaciens accorde une rémunération aux pharmaciens sur la base des économies réalisées au titre de la hausse du taux de substitution des génériques.

² Le gain de référence servant de base aux IJ n'est plus calculé sur 360 jours mais sur 365 jours ce qui a pour effet de baisser l'IJ.

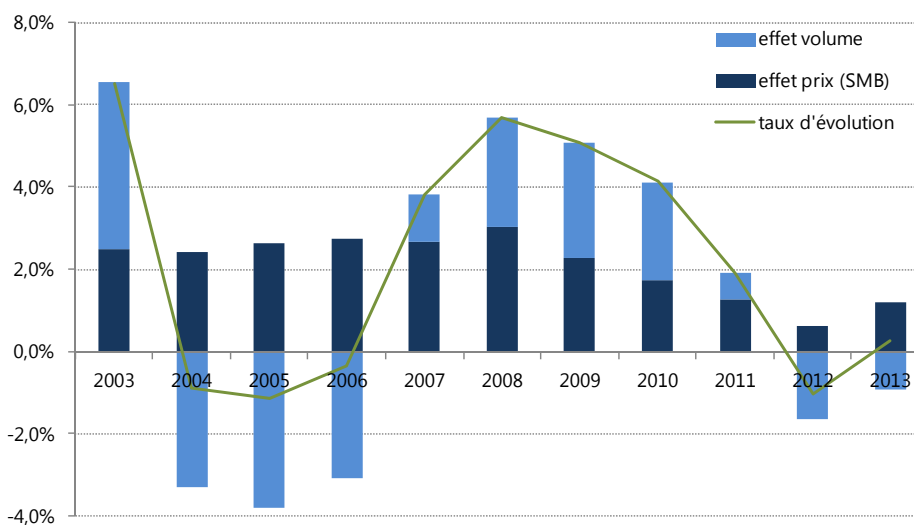
Graphique 4 • Décomposition de la croissance des dépenses de médicaments



Graphique 5 • Décomposition de la croissance des dépenses de biologie médicale



Graphique 6 • Décomposition de la croissance des dépenses d'indemnités journalières



Source : Calculs DSS/SDEPF/6B, données CNAM (données cvs-cjo en dates de soins à fin janvier 2014)

3.4 De l'ONDAM aux prestations de la CNAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie est fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 2013, les dépenses relevant du périmètre de l'ONDAM ont atteint 174,0 Md€ sur l'ensemble des régimes, soit un montant inférieur de 1,4 Md€ à l'objectif voté en LFSS (cf. fiche 3.2). Cette fiche porte sur le champ du régime général, représentant environ 85% des dépenses de la totalité des régimes, cette part augmentant légèrement chaque année.

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

Le champ des dépenses de l'ONDAM ne correspond pas exactement à celui des prestations comptabilisées par les régimes. Toutes les dépenses de l'ONDAM ne sont pas des prestations : les prises en charge des cotisations des médecins sont des transferts entre régimes ; certaines dotations sont fixées en LFSS et suivies dans des comptes spécifiques ; les remises conventionnelles sur les médicaments sont des recettes. A l'inverse, le champ des prestations des branches maladie et AT-MP est plus large que celui des prestations du champ de l'ONDAM (cf. tableau 2). En particulier, les IJ maternité, les rentes AT-MP et les dépenses d'invalidité n'entrent pas dans le champ de l'ONDAM. Les versements aux établissements médico-sociaux sont traités en prestations dans les comptes des régimes d'assurance maladie, mais seule la fraction dont le montant est voté en LFSS (ONDAM médico-social) est effectivement à la charge des régimes d'assurance maladie, le reste étant financé par la CNSA sur ses ressources propres (cf. fiche 6.10). Ainsi, l'ensemble des dépenses médico-sociales est comptabilisé en prestations des régimes, mais la partie financée par la CNSA se traduit par une recette dans les comptes desdits régimes.

Approche économique et approche comptable

Les prestations figurant dans les comptes des régimes et l'ONDAM fournissent deux visions distinctes des dépenses d'assurance maladie. Dans le premier cas, l'approche est comptable. Les prestations de l'année N sont figées une fois pour toutes au mois de mars de l'année N+1 lors de la clôture des comptes des régimes, intégrant une provision pour les charges relatives à l'année N qui seront versées en N+1, et déduisant la provision constituée en N-1 pour les dépenses versées en N au titre de l'exercice N-1. Si cette provision calculée pour l'année N-1 s'avère trop forte au regard des prestations réellement versées et comptabilisées en N, les dépenses de l'année N sont minorées de cette erreur d'estimation. Au contraire si la provision a été sous-estimée en N-1, les dépenses de l'année N sont majorées. Dans le second cas, l'approche des dépenses est économique et les remboursements afférents aux soins de l'année N sont actualisés jusqu'en mars de l'année N+3¹ (cf. encadré 1 fiche 3.2).

Le premier tableau reconstitue les dépenses du régime général dans une approche économique, et montre les écarts avec l'approche comptable. En 2013, les charges comptables sont inférieures aux charges économiques de près de 30 M€ en raison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, une surestimation des provisions en 2012 sur les soins de ville et sur les établissements est venue minorer les charges comptables 2013. A l'inverse, les charges 2013 sont majorées de plus de 0,1 Md€ du fait d'opérations portant sur les exercices antérieurs. En effet, les dettes provisionnées en 2013 au titre des soins des Français de l'étranger non encore remboursés par la France correspondent à des dépenses provisionnées au titre de 2013 mais aussi au titre d'exercices antérieurs. Par ailleurs, des régularisations sur la répartition entre régimes des dépenses hospitalières viennent modifier les dépenses économiques de l'année précédente. En 2013, ces régularisations ont été favorables au régime général de près de 22 M€, minorant d'autant les dépenses comptables. On estime que les régularisations au titre de 2013 minoreront les dépenses comptables en 2014 de 50 M€. Dans l'attente d'éléments complémentaires qui seront fournis par les régimes pour la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, on suppose, dans les deux approches que les provisions 2013 ont été correctement estimées. A l'exception de la prise en compte dans les prévisions des régularisations des dépenses hospitalières qui affectent les charges comptables en 2014 ainsi que de l'estimation de 70 M€ de produits à recevoir au titre des remises conventionnelles de 2013, les prévisions sont donc identiques dans les deux approches en 2014.

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

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

	En millions d'euros														
	2012 (périmètre de l'ONDAM 2014)					2013 (périmètre de l'ONDAM 2014)					2014 (p)				
	Eco.	compt.	Ecart	Evol Eco (%)	Evol compt. (%)	Eco.	compt.	Ecart	Evol Eco (%)	Evol compt. (%)	Eco.	Compt.	Ecart	Evol Eco. (%)	Evol compt. (%)
PRESTATIONS	143 216,5	143 627,8	411,3	2,5	2,7	146 762,6	146 694,4	-68,2	2,5	2,1	150 650,9	150 601,0	-49,9	2,6	2,7
Soins de ville	64 652,5	64 539,2	-113,3	1,9	1,6	66 089,0	66 018,0	-71,0	2,2	2,3	67 799,5	67 799,5	0,0	2,6	2,7
SDV en nature	55 655,5	55 611,1	-44,5	2,1	2,0	57 032,2	56 945,5	-86,7	2,5	2,4	58 439,7	58 439,7	0,0	2,5	2,6
SDV - FIR	122,8	129,9	7,2			150,8	143,6	-7,2	22,8	10,5	195,3	195,3	0,0	29,5	36,0
SDV en espèces	8 874,2	8 798,2	-76,0	-1,0	-2,5	8 906,0	8 928,8	22,9	0,4	1,5	9 164,4	9 164,4	0,0	2,9	2,6
Etablissements publics et privés	63 473,6	63 700,3	226,7	2,7	3,1	65 021,3	64 894,8	-126,5	2,4	1,9	66 733,1	66 683,1	-49,9	2,6	2,8
Et. publics hors MIGAC	45 224,2	45 439,7	215,6	2,6	2,8	46 226,2	46 087,8	-138,4	2,2	1,4	47 537,2	47 573,7	36,5	2,8	3,2
Cliniques hors MIGAC	10 891,7	10 913,9	22,1	2,4	3,3	11 172,0	11 100,4	-71,6	2,6	1,7	11 440,9	11 440,9	0,0	2,4	3,1
MIGAC	6 684,3	6 678,5	-5,8	-5,6	-5,2	5 266,9	5 345,1	78,2	-21,2	-20,0	5 250,1	5 163,6	-86,4	-0,3	-3,4
FIR	673,5	668,2	-5,3			2 356,2	2 361,5	5,3	++	++	2 504,9	2 504,9	0,0	6,3	6,1
Etablissements médico-sociaux	14 559,9	14 509,8	-50,1	4,4	4,1	15 060,6	15 061,3	0,7	3,4	3,8	15 501,2	15 501,2	0,0	2,9	2,9
ONDAM Pers. âgées*	6 123,2	6 123,2	0,0	6,5	6,5	6 395,8	6 395,8	0,0	4,5	4,5	6 542,0	6 542,0	0,0	2,3	2,3
ONDAM Pers. handicapées*	7 977,4	7 977,4	0,0	2,3	2,3	8 235,0	8 235,0	0,0	3,2	3,2	8 518,0	8 518,0	0,0	3,4	3,4
Autres	459,3	409,2	-50,1	15,3	2,7	429,8	430,5	0,7	-6,4	5,2	441,2	441,2	0,0	2,7	2,5
Soins des français à l'étranger	438,0	786,0	348,0	3,0	++	504,8	633,3	128,5	15,3	-19,4	536,3	536,3	0,0	6,2	-15,3
Conventions internationales	338,1	683,6	345,5	0,1	++	389,8	528,8	139,0	15,3	-22,6	414,1	414,1	0,0	6,2	-21,7
Remboursement directs	99,9	102,4	2,5	14,3	4,5	115,0	104,5	-10,5	15,2	2,1	122,1	122,1	0,0	6,2	16,9
INPES et FNPEIS (FIR)	92,5	92,5	0,0	-2,5	-2,5	86,9	86,9	0,0	-6,0	-6,0	81,0	81,0	0,0	-6,9	-6,9
AUTRES DEPENSES SOINS DE VILLE	1 975,6	1 940,6	-35,0	1,9	-0,6	1 810,4	1 861,9	51,5	-8,4	-4,1	1 889,1	1 819,1	-70,0	4,3	-2,3
Prise en charge cot. PAM	2 038,3	2 038,3	0,0	6,1	6,1	2 081,0	2 081,0	0,0	2,1	2,1	2 181,9	2 181,9	0,0	4,9	4,9
FAC	67,8	67,8	0,0	-44,3	-44,3	59,5	59,5	0,0	-12,2	-12,2	59,5	59,5	0,0	0,0	0,0
Aides à la télétransmission	106,8	106,8	0,0	-16,5	-16,5	118,5	118,5	0,0	10,9	10,9	118,8	118,8	0,0	0,3	0,3
Subvention Teulade	54,1	54,1	0,0	0,2	0,2	55,8	55,8	0,0	3,1	3,1	55,8	55,8	0,0	0,0	0,0
Remises conventionnelles	-291,4	-326,4	-35,0	2,1	19,8	-428,0	-376,5	51,5	46,9	15,4	-377,0	-447,0	-70,0	-11,9	18,7
Participation UNOCAM						-76,4	-76,4	0,0			-150,0	-150,0	0,0	++	++
AUTRES DEPENSES	749,1	749,1	0,0	2,5	2,5	1 077,8	1 066,1	-11,7	43,9	42,3	951,7	951,7	0,0	-11,7	-10,7
FIQCS - FIR	92,0	92,0	0,0			201,3	201,2	-0,1	++	++	213,4	213,4	0,0	6,0	6,1
FIQCS	154,8	154,8	0,0	-42,0	-42,0	36,7	36,7	0,0	--	--					
FMESPP	203,8	203,8	0,0	-17,8	-17,8	292,6	292,6	0,0	43,6	43,6	88,3	88,3	0,0	--	--
FMESPP - FIR						116,3	104,7	-11,7			111,0	111,0	0,0	-4,6	6,1
ONIAM	46,9	46,9	0,0	++	++	118,4	118,4	0,0	++	++	117,9	117,9	0,0	-0,4	-0,4
EPRUS	17,1	17,1	0,0			3,9	3,9	0,0	--	--	19,0	19,0	0,0	++	++
OGDPC	80,9	80,9	0,0			104,5	104,5	0,0	29,1	29,1	143,4	143,4	0,0	37,3	37,3
Autres participations et subventions	153,7	153,7	0,0	-26,0	-26,0	152,8	152,8	0,0	-0,6	-0,6	198,0	198,0	0,0	29,5	29,5
Autres FIR	0,0	0,0	0,0			51,3	51,3	0,0			60,8	60,8	0,0	18,5	18,5
TOTAL CHAMP ONDAM	145 941,2	146 317,5	376,4	2,5	2,7	149 650,8	149 622,3	-28,5	2,5	2,3	153 491,8	153 371,8	-119,9	2,6	2,5

Source : DSS/SDEPF/6A

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

Tableau 2 • Evolution comptable des prestations hors ONDAM

	En millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014	%
PRESTATIONS SOCIALES HORS ONDAM	14 211,3	15 269,0	7,4%	15 624,9	2,3%	16 176,7	3,5%
Prestations d'incapacité permanente (AT-MP)	4 160,1	4 248,1	2,1%	4 299,5	1,2%	4 390,7	2,1%
Préretaire Amiante (ACAATA)	0,0	573,3	++	532,6	-7,1%	491,2	-7,8%
Prestations d'invalidité	4 513,0	4 891,8	8,4%	5 151,1	5,3%	5 408,5	5,0%
IJ maternité et paternité	2 972,6	2 974,0	0,0%	2 984,2	0,3%	3 020,2	1,2%
Soins des étrangers (conventions internationales)*	749,0	833,7	11,3%	772,9	-7,3%	848,8	9,8%
Actions de prévention (Hors INPES et FNPEIS FIR)	453,8	387,0	-14,7%	395,5	2,2%	401,2	1,4%
Prestations légales décès	166,2	175,9	5,8%	165,9	-5,7%	167,6	1,0%
Prestations extralégales (hors OGDPC)	131,6	143,1	8,7%	147,5	3,1%	149,1	1,1%
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	758,3	786,3	3,7%	848,1	7,9%	966,0	13,9%
Etablissements médico-sociaux PH hors OGD	27,0	32,1	18,8%	33,5	4,5%	33,6	0,3%
Autres prestations	50,4	44,2	-12,2%	44,2	-0,1%	44,2	0,0%
Provisions et pertes sur prestations**	229,2	179,5	-21,7%	249,9	39,2%	255,7	2,3%

Source : DSS/SDEPF/6A

* Les soins des étrangers en France, qui font l'objet d'un remboursement par les régimes étrangers, ne font plus partie des dépenses du champ de l'ONDAM depuis 2012.

Tableau 3 • Evolution comptable des prestations ONDAM et hors ONDAM, par risque

	En millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014	%
PRESTATIONS CHAMP ONDAM	139 845,0	143 627,8	2,7%	146 694,4	2,1%	150 601,2	2,7%
dont maladie	132 437,1	136 182,8	2,8%	139 315,9	2,3%	142 986,3	2,6%
dont maternité	3 683,4	3 738,4	1,5%	3 760,6	0,6%	3 857,9	2,6%
dont AT-MP	3 724,5	3 706,5	-0,5%	3 617,9	-2,4%	3 757,0	3,8%
PRESTATIONS CHAMP HORS ONDAM	14 211,3	15 269,0	7,4%	15 624,9	2,3%	16 176,7	3,5%
dont maladie	6 807,9	7 200,7	5,8%	7 536,3	4,7%	7 997,4	6,1%
dont maternité	2 997,8	3 000,8	0,1%	3 009,1	0,3%	3 047,3	1,3%
dont AT-MP	4 405,6	5 067,5	15,0%	5 079,5	0,2%	5 132,0	1,0%

Source : DSS/SDEPF/6A

3.5 Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM

Ces prestations comprennent les 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 de maternité et paternité, prestations de décès, pensions d'invalidité, prestations d'incapacité permanente au titre des accidents du travail et maladies professionnelles), les prestations extralégales de ces mêmes branches, une grande partie des actions de prévention, et les dépenses en faveur des fonds liés à l'amiante (FCAATA et FIVA). Seules les principales dépenses sont présentées dans cette fiche¹.

Des prestations d'invalidité accrues par le recul de l'âge légal de départ à la retraite

Depuis 2011, les prestations d'invalidité sont tirées à la hausse par l'effet de la réforme des retraites de 2010, le recul de l'âge de départ se traduisant par un allongement de la durée passée en invalidité. En 2013, le décalage de l'âge légal de départ à la retraite devrait avoir eu un effet moins important qu'en 2012, avec une contribution à la hausse des prestations d'invalidité estimée à 2,4 points contre 4,0 points en 2012. Par ailleurs, la revalorisation des pensions a été moins importante (1,5% contre 2,1% en 2012). Au total, la progression des prestations d'invalidité s'est donc ralentie, passant de 8,4% en 2012 à 5,3% en 2013. En 2014, la croissance des prestations d'invalidité serait de 5,0%, sous l'hypothèse d'une contribution de la réforme des retraites à la hausse des prestations de 3,2 points et d'une revalorisation des pensions de 0,8% en moyenne annuelle.

Une progression modérée des prestations d'incapacité permanente

Le volume des rentes d'incapacité permanente d'accidents du travail et de maladies professionnelles a légèrement diminué en 2013 (-0,3%) assurant à ces prestations une croissance en valeur (+1,2%) inférieure à celle de la revalorisation des pensions. La prévision retient l'hypothèse d'une accélération du volume de prestations d'incapacité permanente en 2014 (+1,3%), attribuable pour l'essentiel aux effets de la mesure de la LFSS pour 2013 aménageant une prestation complémentaire de majoration pour tierce personne qui jouerait en année pleine en 2014. Avec une revalorisation en moyenne annuelle de 0,8% en 2014, ces prestations progresseraient au même rythme qu'en 2012, soit 2,1%.

Les indemnités journalières de maternité et de paternité restent globalement stables

En 2013, les indemnités journalières de maternité et de paternité sont restées quasiment stables, progressant de 0,4%, avec une évolution respective de 0,5% pour les IJ maternité et de -0,7% pour les IJ paternité. Cette faible progression s'explique par une baisse des naissances (-1,35%²), que compense partiellement la progression des salaires en 2013 (+1,90%). En 2014, les indemnités maternité et paternité progresseraient plus rapidement (respectivement de 1,2% et 0,1%) sous l'hypothèse d'une progression des salaires moyens plus prononcée (+2,1%) et d'une augmentation du nombre de naissances de 1,1%.

¹ L'ensemble des dépenses liées aux prestations hors ONDAM est néanmoins retracé dans la fiche 3.5.

² Source INSEE, nombre de naissances vivantes France entière.

Tableau 1 • Les pensions d'invalidité

	En millions d'euros			
	2011	2012	2013	2014(p)
MONTANTS NETS	4513	4892	5151	5409
Progression en valeur	5,2%	8,4%	5,3%	5,0%
dont revalorisation	1,8%	2,1%	1,5%	0,8%
dont effet volume	2,1%	2,0%	1,3%	0,9%
dont réforme retraite (*)	1,2%	4,0%	2,4%	3,2%

(*) réforme retraite + LFSS 2010

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 • Les prestations d'incapacité permanente en accidents du travail et en maladies professionnelles

	En millions d'euros			
	2011	2012	2013	2014(p)
MONTANTS NETS	4 160	4 248	4 299	4 391
Progression en valeur	2,4%	2,1%	1,2%	2,1%
dont revalorisation	1,8%	2,1%	1,5%	0,8%
dont effet volume	0,6%	0,0%	-0,3%	1,3%

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 • Les indemnités journalières, maternité et paternité et accueil de l'enfant

	En millions d'euros							
	2011	%	2012	%	2013	%	2014(p)	%
TOTAL	2 968	-0,5%	2 975	0,2%	2 986	0,4%	3 020	1,1%
dont IJ maternité	2 741	-0,7%	2 749	0,3%	2 762	0,5%	2 796	1,2%
dont IJ paternité	227	1,6%	225	-0,7%	224	-0,7%	224	0,1%

Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 4 • Les charges liées aux fonds amiante dans les comptes de la CNAM AT

	En millions d'euros							
	2011	2011 proforma	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES	1242	1214	1173	-3	934	-20	1226	31
Au titre du FCAATA	902	874	858	-1,8	819	-4,5	791	-3,4
Allocations acaata	0	601	573	-4,6	533	-7,1	491	-7,8
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	0	135	129	-4,8	119	-7,5	119	0,1
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	0	117	107	-8,4	101	-5,6	93	-7,5
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire	0	6	35	++	55	++	77	39,6
Autres charges FCAATA gérées par la CDC	0	2	2	-26,0	0	--	0	--
Charges de gestion	12	12	11	-4,6	11	-7,4	10	-7,7
Contribution de la CNAM AT-MP au FCAATA	890	0	0	-	0	-	0	-
Contribution de la CNAM AT-MP au FIVA	340	340	315	-7,4	115	-63,5	435	++
PRODUITS	87	34	32	-5,5	38	17,8	35	-8,0
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	0	34	33	-4,0	35	7,5	35	-1,5
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	1	0	--	0	-12,5	0	0,0
Autres produits FCAATA gérées par la CDC	0	-1	-1	++	3	-	0	-
contribution aux frais de gestion reçue du FCAATA	12	0	0	-	0	-	0	-
reprise de provision sur la créance sur le FCAATA	75	0	0	-	0	-	0	-
IMPACT SUR LE RESULTAT NET DE LA CNAMTS AT-MP	1155	1179	1141		896		1191	

Source : DSS/SDEPF/6A

Après s'être réduites en 2013, les charges liées au financement des fonds amiante (FCAATA et FIVA) repartiraient à la hausse en 2014

En 2013, l'impact des opérations relatives aux fonds amiante sur le solde de la branche AT-MP s'est réduit de 245 M€, reflétant la baisse de 200 M€ de la dotation FIVA. En 2014, ces charges repartiraient à la hausse (d'environ 290 M€), suite à l'augmentation de 320 M€ de la dotation FIVA.

Une décroissance continue du nombre des allocataires du FCAATA

Les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ont continué de ralentir fortement en 2013 (-7,1 %), traduisant la fin de la montée en charge du dispositif (le nombre d'entrées dans le dispositif étant inférieur au nombre de sorties cf. fiche 7.6 du rapport de la CCSS de 2013). En 2014, la décroissance rapide des charges d'allocation se poursuivrait en raison de la poursuite de l'érosion des effectifs (-7,8%). Le transfert vers la CNAV mis en place suite à la réforme des retraites de 2010 pour compenser le maintien des conditions de départ à la retraite des allocataires préretraités du fonds continuerait en revanche sa montée en charge (77 M€ en 2014 contre 55 M€ en 2013). La dotation de la CNAM AT-MP, qui représente l'essentiel des produits du fonds (96% en 2013), s'est élevée à 890 M€ en 2013. La LFSS 2014 a fixé ce montant à 821 M€ pour 2014. Les droits sur la consommation des tabacs, qui constituent l'autre recette principale du fonds, se sont élevés à 35 M€ en 2013 et resteraient stables en 2014. Compte tenu de ces éléments, le fonds a été excédentaire de 109 M€ en 2013. En 2014, le fonds resterait excédentaire à hauteur de 65 M€, malgré la baisse de la dotation de la CNAM AT-MP.

Un ralentissement de la croissance des dépenses du FIVA

Les dépenses du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, cf. encadré 1) ont augmenté de 16% en 2013 (après une augmentation de 20% en 2012), pour atteindre 556 M€ (dépenses d'indemnisation et dotations aux provisions). Le nombre d'offres faites aux victimes par le FIVA a continué de progresser (+5% en 2013), bien qu'à un rythme inférieur à celui de 2012 (un point de moins). 7 944 offres ont ainsi été proposées par le FIVA et acceptées par les victimes en 2013, après 7 567 offres en 2012 (cf. graphique 1). Le nombre d'offres faites aux ayants droit a également continué d'augmenter mais dans des proportions moindres qu'en 2012 (+7% en 2013 après +76% en 2012). Le coût global¹ d'un dossier s'établit en 2013 à 70 000€.

En 2014, la prévision de dépenses du FIVA s'élève à 516 M€ sous les hypothèses d'un coût moyen par dossier proche de 77 000 € (augmentation de 10% par rapport à 2013 suite à une priorité donnée par le fonds aux dossiers les plus graves et donc plus coûteux). Le nombre d'offres aux victimes est estimé à 6 700, et le nombre de nouvelles demandes de victimes directes, en baisse tendancielle, s'établirait à 5 850 en 2014. La dotation de la branche AT-MP a par ailleurs été revue fortement à la hausse : de 115 M€ pour 2013, elle s'élève à 435 M€ pour 2014. Compte tenu de ces éléments, le résultat annuel 2014 du FIVA devrait être à l'équilibre (cf. tableau 6).

Encadré 1 • Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

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

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

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

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

¹ Ce coût incluant les frais d'indemnisation (indemnités définitives, provisions à l'amiable, compléments cour d'appel, etc.), les dépenses de gestion administrative, les coûts des contentieux et les dotations aux provisions.

Encadré 2 • Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

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

Les allocations de cessation anticipée d'activité sont prises en charge par le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le fonds prend également à sa charge les cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse ainsi que les cotisations aux régimes de retraite complémentaire dues par les bénéficiaires des allocations versées par le fonds. La loi de réforme des retraites de 2010 a maintenu pour les allocataires l'âge minimal de départ à 60 ans et l'âge de départ au taux plein à 65 ans. Pour compenser ces départs dérogatoires, un nouveau transfert au profit de la CNAV est mis à la charge du fonds à compter de 2011.

Le fonds est financé, essentiellement, par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général (AT-MP) fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles. Le fonds est géré pour une partie de ses opérations (allocations, cotisations volontaires vieillesse et frais de gestion) par la CNAM AT-MP et pour l'autre partie (cotisations complémentaires vieillesse) par la caisse des dépôts et consignations (CDC).

Les recettes des taxes sur les tabacs (de l'ordre de 30 M€) ne permettent pas au fonds de couvrir intégralement les charges de cotisations de retraite complémentaire (de l'ordre de 120 M€) et le fonds complète ses recettes propres par un appel de trésorerie à la CNAM. Les CARSAT versent directement les prestations qu'elles gèrent (allocations et cotisations d'assurance vieillesse volontaire) et la CNAM suit ces dépenses dans une gestion spécifique. Depuis 2006, lorsque ces dépenses ajoutées aux appels de trésorerie du fonds excédaient le niveau de la dotation prévue par la loi, la CNAM enregistrait une créance sur le fonds qu'elle provisionnait. Lorsque ces dépenses étaient inférieures à la dotation, la CNAM reprenait une partie des provisions pour dépréciation passées.

A la suite de remarques de la Cour des comptes, le FCAATA, fonds sans personnalité morale, est consolidé dans les comptes 2012 de la branche AT-MP. Du fait des opérations de consolidation, la dotation de la branche AT-MP au FCAATA n'apparaît plus dans son compte de résultat dans la mesure où les dépenses réelles du fonds, ainsi que la recette de droit tabac, y sont désormais substituées (cf. tableau 4).

Tableau 5 • Les Comptes du FCAATA

	En millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES	873,5	857,7	-1,8	818,7	-4,5	790,7	-3,4
PRODUITS	924,1	922,2	-0,2	927,9	0,6	855,9	-7,8
Contribution de la CNAM AT-MP	890,0	890,0	-	890,0	0,0	821,0	-7,8
Droits sur les tabacs	34,0	32,7	-4,0	35,1	7,5	34,6	-1,5
Autres produits	0,0	-0,5	--	2,8	++	0,3	--
RESULTAT NET	50,5	64,5		109,2		65,2	
Résultat cumulé depuis 2000	-224,6	-160,1		-50,9		14,3	

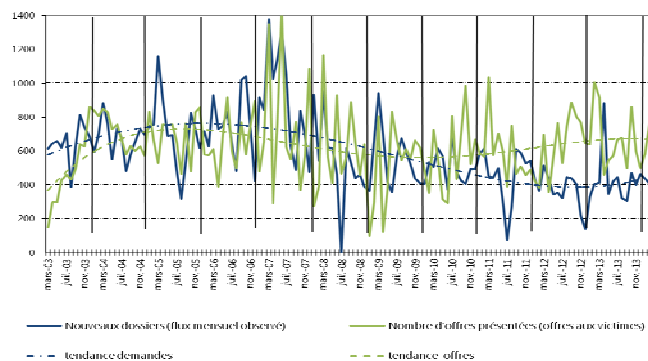
Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 6 • Les Comptes du FIVA

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES	400	480	20%	556	16%	516	-7%
PRODUITS	484	433	-11%	241	-44%	515	114%
Dotation CNAMTS-AT	340	315	-7%	115	-63%	435	278%
Dotation Etat	48	47	-1%	0	-	0	-
Autres produits (dont reprises sur provisions)	97	71	-27%	126	77%	80	-36%
RESULTAT NET	84	-47		-316		-1	
Résultat cumulé depuis 2001	345	298		-18		-19	

Sources : données comptables FIVA jusqu'à 2013 - prévision DSS/6C pour 2014

Graphique 1 • Flux mensuel des nouveaux dossiers et des offres aux victimes



Source : FIVA, statistiques arrêtées au 31/04/2014

3.6 Les prestations de retraite

Au 1^{er} juillet 2013, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élève à 13,4¹ millions pour 17,6 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,31 cotisant pour un retraité. Ce ratio s'est fortement dégradé depuis 2002 (cf. graphique 1), l'effectif de retraités progressant plus rapidement que le nombre de cotisants (respectivement +2,7% par an contre +0,6% par an en moyenne). L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby boom et l'allongement de l'espérance de vie sont à l'origine de cette baisse tendancielle du ratio démographique.

Les prestations légales nettes (cf. tableau 1) servies par la CNAV² se sont élevées à 105,6 Md€ en 2013 et atteindraient 108,3 Md€ en 2014.

Les prestations légales nettes ont augmenté de 4% en 2013

Une forte progression des départs en retraite en 2013, reflet de la montée en charge irrégulière de la réforme de 2010 et de l'élargissement de la retraite anticipée au 1^{er} novembre 2012

En 2013, les départs en retraite ont rebondi significativement avec 686 000 liquidations, soit une hausse de 20,5% du flux de départs (569 000 en 2012).

Cette augmentation du nombre de départs s'explique tout d'abord par les effets de la réforme de 2010, qui occasionne des flux de départs heurtés, avec un point haut en 2013, et une fin de montée en charge en 2017 (cf. encadré 1 et graphique 2). Le flux de départs hors retraite anticipée a atteint 540 000 personnes en 2013 et a ainsi progressé de +11,7% (contre -15,3% en 2012). Le recul de l'âge légal a occasionné ainsi un report des départs moindre qu'en 2012 avec près de 142 000 départs reportés hors retraite anticipée après 207 000 en 2012.

A cet effet, est venue s'ajouter la hausse des départs anticipés qui s'est poursuivie en 2013, avec près de 146 000 départs estimés (+69,7% par rapport à 2012), notamment sous le plein effet du nouveau dispositif entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012 (cf. graphique 3 et fiche 4.8). Dans ce flux, 40 000 départs ont correspondu aux effets de la réforme de 2010 et 52 000 ont résulté de l'extension du dispositif aux assurés justifiant du nombre de trimestres requis à 60 ans et ayant débuté leur activité avant 20 ans (cf. encadré 3). Ainsi, les départs anticipés ont représenté plus d'un cinquième du flux global de départs en 2013.

Ces évolutions expliqueraient en grande partie la croissance des prestations légales

En 2013, la croissance des prestations légales nettes s'est légèrement accélérée (+4,0% après +3,9% en 2012), en dépit d'une revalorisation des pensions inférieure de 0,6 point (+1,5% en moyenne annuelle, contre +2,1% en 2012).

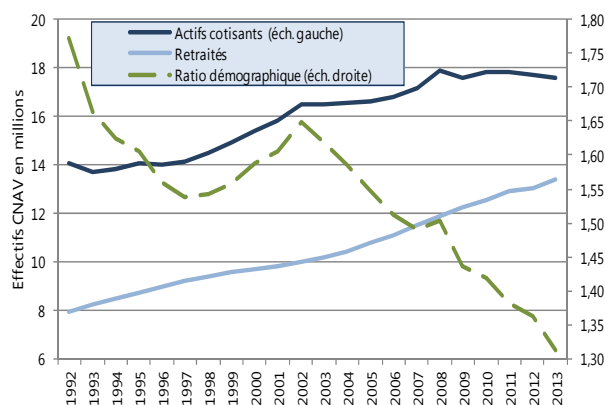
Cet accroissement reflète essentiellement celui des droits propres (+4,0% après +3,8% en 2012). Hors revalorisations, ils ont augmenté de 2,5% après 1,7% en 2012. Cette progression tient à la combinaison de plusieurs effets.

D'une part, les dépenses au titre de la retraite anticipée ont fortement rebondi (+26,5% contre +2,7% en 2012) avec le nouveau dispositif entré en vigueur le 1^{er} novembre 2012 (décret du 2 juillet 2012) : elles se sont élevées à 1,5 Md€, après 1,2 Md€ en 2012. Dans cette dépense, l'assouplissement de la condition de début d'activité pour un départ anticipé permis par la réforme des retraites de 2010 et le décret du 2 juillet 2012 a représenté respectivement une dépense supplémentaire de 710 M€ et 360 M€. L'effectif moyen de retraités bénéficiant d'une retraite anticipée s'est élevé à 145 000 personnes en 2013 (contre près de 120 000 en 2012, soit une hausse de 21,4%). En conséquence, la contribution de la retraite anticipée à la croissance des droits propres est demeurée positive en 2013, expliquant pour 0,3 point leur progression (cf. tableau 3).

¹ 13,5 millions au 31 décembre 2013.

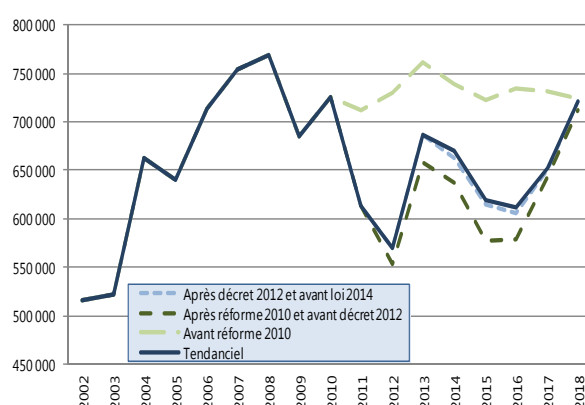
² Hors prestations adossées aux IEG et incluant les prestations du FSAVCF, qui sont intégrées à partir de 2013 aux comptes de la CNAV.

Graphique 1 • Ratio cotisants sur retraités de la CNAV



Source : DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Flux total de départs au régime général



Source : DSS/SDEPF/6A-CNAV

Tableau 1 • Masses financières des pensions et évolutions

	en millions d'euros							
	2011	%	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
Prestations légales nettes	97 808		101 578	3,9	105 598	4,0	108 260	2,5
Prestations légales « vieillesse » nettes	97 762		101 532	3,9	105 543	4,0	108 195	2,5
Prestations légales vieillesse	97 817		101 523	3,8	105 461	3,9	108 159	2,6
Droits propres	88 053		91 420	3,8	95 078	4,0	97 598	2,6
Avantages principaux hors majorations	82 622		85 836	3,9	89 378	4,1	91 839	2,8
Pension normale	69 842		72 937	4,4	76 351	4,7	78 873	3,3
Âge légal ou plus	68 645		71 659	4,4	74 725	4,3	76 758	2,7
Retraite anticipée	1 189		1 221	2,7	1 546	26,5	1 996	29,1
Départs dérogatoires pour pénibilité	2		23	++	27	17,0	42	++
Départs dérogatoires pour amiante	6		34	++	53	++	77	43,9
Pension inaptitude	6 805		6 807	0,0	6 769	-0,6	6 644	-1,8
Pension invalidité	5 974		6 091	2,0	6 258	2,7	6 322	1,0
Minimum vieillesse	2 032		2 095	3,1	2 118	1,1	2 122	0,2
Majorations	3 399		3 488	2,6	3 583	2,7	3 637	1,5
Pour enfants (maj. 10% art. L.351.12 du CSS)	3 091		3 187	3,1	3 287	3,2	3 347	1,8
Pour conjoint à charge	48		43	-10,4	39	-10,4	36	-7,3
Majorations pour tierce personne	259		257	-1,0	254	-0,9	251	-1,2
Majoration assurés handicapés	2		2	26,0	3	33,0	3	-1,2
Droits dérivés	9 760		10 087	3,3	10 368	2,8	10 546	1,7
Avantages principaux	8 998		9 311	3,5	9 586	3,0	9 757	1,8
Pensions de réversion	8 918		9 235	3,6	9 515	3,0	9 684	1,8
Pensions de veuf ou veuve (hors majorations)	80		76	-4,7	72	-5,4	73	1,8
Minimum vieillesse	214		208	-3,0	198	-4,7	193	-2,2
Majorations	548		568	3,6	583	2,7	595	2,1
Pour enfants	478		493	3,2	506	2,7	514	1,5
Majorations de pension de réversion pour retraités (art. L. 353-6 du CSS)	70		75	6,2	77	3,2	81	5,7
Divers	4		17	++	15	-13,0	15	3,0
Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	-55		9		82		36	
Prestations légales « veuvage »	47		46	-0,9	56	19,9	66	17,9

Source : DSS/SDEPF/6A

Note de lecture : les prestations du FSAVCF sont intégrées à la CNAV à partir de 2013.

D'autre part, l'effectif total de retraités (hors retraite anticipée) a progressé à un rythme soutenu (+1,9% après +1,4% en 2012) à cause d'un effet plus modéré du décalage progressif de l'âge légal de départ en 2013, expliquant en partie l'accélération des droits propres. Au total, la réforme des retraites de 2010 a permis de dégager des économies de 2,7 Md€. Les mesures dérogatoires relatives à la pénibilité et aux bénéficiaires du FCAATA ont atténué cette économie de 80 M€.

Enfin, la pension moyenne de base des retraités du régime général a contribué positivement pour 0,3 point à la croissance des droits propres, la pension annuelle moyenne du flux entrant étant plus élevée que celle du flux sortant (respectivement 7 558 € et 6 571 € en 2013). La pension moyenne¹ atteint ainsi 6 919 € en 2013, après 6 885 € en 2012.

Les droits dérivés ont connu une progression légèrement inférieure à celle de 2012, restant toutefois dynamique (+2,8% après +3,3% en 2012). Leur progression a été portée par la poursuite de la hausse des effectifs de bénéficiaires (+0,7%), atténuant l'effet de la moindre revalorisation. La pension moyenne des retraités de droits dérivés a contribué positivement à hauteur de 0,6 point à la croissance des droits dérivés en 2013 avec une pension annuelle moyenne de 3 408 €.

Encadré 1 • Des flux de départ heurtés, conséquence du relèvement de l'âge par génération

Suite au relèvement de l'âge légal de départ en retraite de 4 mois par génération à partir du 1^{er} juillet 2011 (porté à 5 mois par la LFSS 2012), le flux des départs en retraite au régime général connaîtrait des évolutions non linéaires d'une année sur l'autre par rapport à une situation hors réforme (cf. graphique 2).

En 2012, pour les personnes qui auraient pu partir à 60 ans, seulement 1/6^e de la génération 1952 a pu finalement partir en retraite du fait du relèvement de l'âge légal de 9 mois pour cette génération. En effet, seuls les assurés nés en janvier et février 1952 ont pu partir en 2012 (en novembre et décembre, cf. tableau 2), les autres partant entre janvier et octobre 2013. Au total, ont pu partir en 2012 : les assurés nés à partir d'août 1951 (soit 5/12^e de la génération 1951) et les assurés nés les deux premiers mois de 1952 (soit 1/6^e de la génération 1952), correspondant donc à 7/12^e d'un flux.

En 2013, les départs en retraite ont concerné les assurés nés entre mars et décembre 1952, soit 10/12^e d'un flux, d'où le rebond des départs en retraite (hors retraite anticipée) observé cette année. De la même manière, les départs en 2014 concerneront les personnes nées entre janvier et septembre 1953, soit 9/12^e d'une génération glissante, occasionnant des départs moins importants qu'en 2013.

En 2017, année de fin de montée en charge du recul par palier de l'âge légal de départ, les départs représenteraient 11/12^e d'une génération glissante, engendrant des départs importants à cette date. À partir de 2018, les départs en retraite correspondront à nouveau à des générations entières.

Tableau 2 • Décalage progressif de l'âge légal de départ en retraite selon l'année de départ

Mois de naissance	génération 1951* (décalage de 4 mois)		génération 1952 (décalage de 9 mois)		génération 1953 (décalage de 14 mois)			génération 1954 (décalage de 19 mois)			génération 1955 (décalage de 24 mois)			génération 1956 (décalage de 24 mois)		
	2011	2012	2012	2013	2013	2014	2015	2014	2015	2016	2016	2017	2018	2017	2018	2019
janv	fevr		nov				avr					févr				fevr
fevr	mars		dec				mai					mars				mars
mars	avr			janv			juin					avr				avr
avr	mai			fev			juil					mai				mai
mai	juin			mars			août			janv		juin				juin
juin	juil			avr			sept			févr		juil				juil
juil	dec			mai			oct			mars		août				août
août		janv		juin			nov			avr		sept				sept
sept		févr		juil			dec			mai		oct				oct
oct		mars		août				janv		juin		nov				nov
nov		avr		sept				fev		juil		dec				dec
dec		mai		oct				mars		août			janv			janv
Nombre de mois	7	5	2	10	0	9	3	0	4	8	0	11	1	0	11	1

Source : DSS/SDEPF/6A

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

¹ Les pensions moyennes sont exprimées en euros constants 2010 pour leur montant annuel.

Tableau 3 • Décomposition des différents facteurs d'évolutions des droits propres et des droits dérivés

	En points		
	2012	2013	2014 (p)
Evolution des droits propres	3,8	4,0	2,6
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	2,1	1,5	0,5
Effet retraite anticipée	0,0	0,3	0,5
Effet stock (nombre de retraités hors retraite anticipée)	1,4	1,9	1,4
Effet pension moyenne	0,3	0,3	0,3
Evolution des droits dérivés	3,3	2,8	1,7
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	2,1	1,5	0,5
Effet stock (nombre de retraités)	0,9	0,7	0,7
Effet pension moyenne	0,3	0,6	0,5

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 2 • La revalorisation des pensions en 2014

Aux termes de la loi du 21 août 2003, le coefficient de revalorisation des pensions est égal à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N, corrigé, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N.

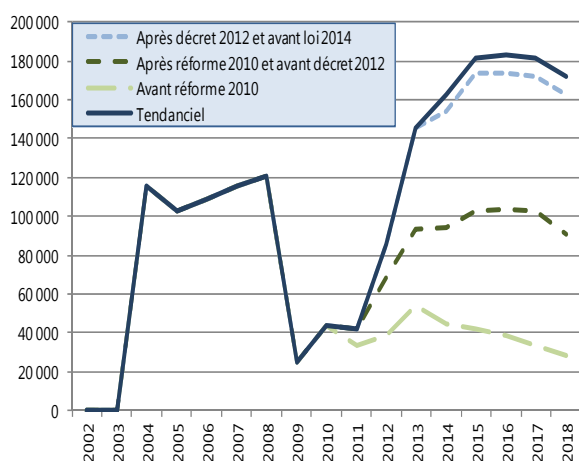
Entre 2009 et 2013, la revalorisation de l'ensemble des pensions intervient au 1^{er} avril de chaque année et non plus au 1^{er} janvier. La revalorisation pour N est égale à la prévision d'inflation de N établie par la Commission économique de la Nation (CEN), ajustée sur la base de l'inflation définitive constatée pour N-1 (qui est connue en avril N de manière définitive).

En application de la loi du 20 janvier 2014, la revalorisation de l'ensemble des pensions (hors minimum vieillesse) doit désormais intervenir au 1^{er} octobre de chaque année. A législation constante, sous réserve des dispositions éventuelles de la LFSS rectificative, la revalorisation prévue pour 2014 (0,6%) correspond à l'hypothèse d'inflation de 1,1% retenue actuellement pour 2014 (en attendant la nouvelle hypothèse d'inflation du rapport économique social et financier), minorée de l'écart d'inflation (-0,5%) entre l'inflation réalisée en 2013 (0,7%) et la prévision qui avait été retenue en avril 2013 (1,2%).

En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions serait alors de 0,47% en 2014 et contribuerait pour 0,5 Md€ à l'augmentation des prestations légales de la CNAV.

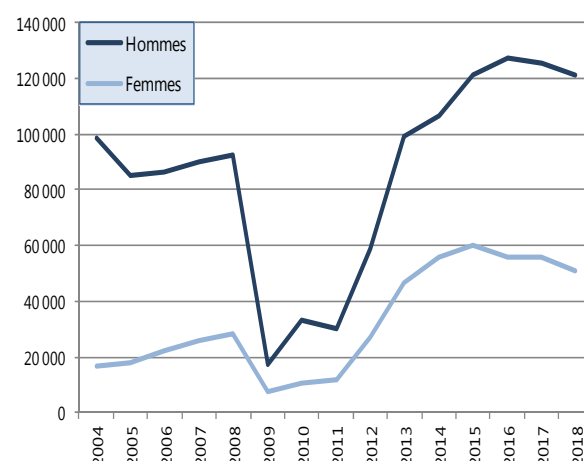
En %		2011	2012	2013	2014 (p)
Prix hors tabac estimés pour l'année N (par la CEN en mars N)	(1)	1,8	1,8	1,2	1,1
Régularisation sur l'inflation N-1	(4) = (2)-(3)	0,3	0,3	0,1	-0,5
Inflation définitive constatée pour l'année N-1	(2)	1,5	2,1	1,9	0,7
Prix hors tabac estimés en N-1 pour l'année N-1	(3)	1,2	1,8	1,8	1,2
Revalorisation effective	(5) = (1)+(4)	2,1	2,1	1,3	0,6
Augmentation en moyenne annuelle		1,8	2,1	1,5	0,47
Inflation mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N (publiée en janvier N+1)		2,1	1,9	0,7	-

Graphique 3 • Flux de départs en retraite anticipée au régime général



Source : DSS/SDEPF/6A-CNAV

Graphique 4 • Flux de départs en retraite anticipée par sexe



Les dépenses de prestations ralentiraient en 2014 sous l'effet d'une moindre revalorisation des pensions et de flux de départs moins importants qu'en 2013

Un ralentissement des départs en retraite en 2014 sous l'effet du recul de l'âge légal, reflétant la montée en charge irrégulière de la réforme de 2010

En 2014, le nombre d'assurés qui partiraient en retraite au régime général (y compris retraite anticipée) s'élèverait à 670 000 (après 686 000 en 2013), soit une contraction de 2,3% du flux, résultant essentiellement des évolutions hors retraite anticipée.

En 2014, l'évolution de ces flux hors retraite anticipée serait toujours étroitement liée à la montée en charge de la réforme de 2010, occasionnant des flux de départs non linéaires. En effet, le recul par palier de l'âge légal de départs en retraite induirait un report des départs pour un quart de la génération 1953 sur l'année 2015 (relèvement de l'âge légal à 61 ans et 2 mois pour cette génération). Le nombre de départs hors retraite anticipée retardés par la réforme de 2010 serait donc légèrement plus élevé en 2014 (151 000 départs contre 142 000 en 2013), ce qui explique en partie la décélération des liquidations à l'âge légal ou plus (-6,0%).

Les départs en retraite anticipée augmenteraient en 2014 (162 000 contre 146 000 en 2013). Au sein de ce flux, 50 000, 59 000 et 9 000 départs seraient respectivement dus à la réforme de 2010, au décret de 2012 et à la loi de 2014 (cf. encadré 3 et graphique 3).

Compte tenu de ces effets, et d'une moindre revalorisation prévue des pensions, l'évolution des dépenses de prestations légales serait ramenée à 2,5% en 2014

En 2014, les prestations nettes progresseraient moins rapidement qu'en 2013 (+2,5% après +4,0%), sous l'effet conjugué de la moindre revalorisation prévue des pensions (+0,47% après +1,5% en moyenne annuelle) et du recul de l'âge légal de départ en retraite qui engendrerait des économies estimées à 3,8 Md€ en 2014 (par rapport à un scénario tendanciel). Hors revalorisation, ces prestations augmenteraient de 2,0% en 2014, après 2,4% en 2013.

De même, les droits propres progresseraient en volume de 2,2% (après 2,5% en 2013).

La hausse des bénéficiaires de la retraite anticipée se poursuivrait en 2014. L'effectif moyen de retraités bénéficiant d'une retraite anticipée atteindrait 183 000 personnes en 2014 (contre près de 145 000 en 2013) et le coût du dispositif devrait s'élever à 2,0 Md€ (contre 1,5 Md€ en 2013). Parmi ce montant, 850 M€ proviendrait de la réforme de 2010, 610 M€ du décret de 2012 et 50 M€ de la réforme de 2014. La contribution des dépenses de retraite anticipée à l'évolution des droits propres serait positive en 2014 (pour 0,5 point). L'effectif total de retraités (hors retraite anticipée) progresserait à un rythme moins soutenu (+1,4% après +1,9% en 2013), expliquant en partie le ralentissement des droits propres en 2014.

Avant toute mesure affectant la revalorisation des pensions qui pourrait être prise dans le cadre du PLFRSS, la revalorisation des pensions en moyenne annuelle en 2014 serait plus faible en raison de deux effets. D'une part, l'écart entre l'inflation réalisée et l'inflation prévue pour 2013 viendrait minorer de 0,5 point la revalorisation de 2014 malgré un taux d'inflation estimé en CEN proche (cf. encadré 2). D'autre part, le décalage de la revalorisation des pensions au mois d'octobre entraînerait une économie estimée à 0,3 Md€.

Enfin, la progression de la pension moyenne des effectifs de retraités (estimée à 6 953 €, soit +0,5% par rapport à 2013) affecterait positivement l'évolution des droits propres en 2014 (pour 0,3 point).

Hors revalorisation, la progression des droits dérivés resterait à un niveau proche de celui observé en 2013 (+1,2% contre +1,3% en 2013), la moindre revalorisation des pensions expliquant en majeure partie le ralentissement des prestations (+1,7% après +2,8% en 2013). En outre, les effectifs de bénéficiaires contribueraient à hauteur de 0,7 point à la croissance des droits dérivés en 2014. Les assurés des premières générations du baby boom pouvant déjà bénéficier d'un droit dérivé, le flux de nouveaux bénéficiaires serait supérieur à celui de 2013 (168 000 contre 165 000 en 2013), soit une progression de +1,8%.

Encadré 3 • Les évolutions récentes du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue

Le **décret du 2 juillet 2012** assouplit doublement les conditions d'accès à la retraite anticipée à partir du 1^{er} novembre 2012.¹

D'une part, l'âge de début d'activité est relevé à 20 ans (contre 18 auparavant) sous réserve de remplir les conditions de durée d'activité cotisée (cf. tableau 4) : les assurés qui justifient d'une carrière complète cotisée peuvent donc partir à 60 ans, sans devoir justifier d'une durée d'assurance supérieure à celle requise pour leur génération (le nouveau dispositif annule la condition de durée d'assurance validée majorée de huit trimestres pour un départ à 60 ans).

D'autre part, le décret élargit le critère des trimestres cotisés en portant le nombre de périodes réputées cotisées à un maximum de dix trimestres contre huit auparavant (cf. tableau 5).

La **loi du 20 janvier 2014** (article 26) et le **décret du 19 mars 2014** prévoient, à compter du 1^{er} avril 2014, un nouvel élargissement du champ des trimestres pouvant être pris en compte dans la période cotisée. Outre les trimestres spécifiés dans le tableau 5, tous les trimestres de majoration de durée d'assurance attribués au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité créé par la loi du 20 janvier 2014 seront réputés cotisés à partir de 2015.

Par ailleurs, en allongeant la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein à l'âge légal (un trimestre supplémentaire toutes les trois générations à partir de la génération 1958 et jusqu'à la génération 1973), la loi du 20 janvier 2014 modifie la condition de durée d'assurance cotisée du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue.

Tableau 4 • Conditions pour un départ anticipé à partir du 1^{er} novembre 2012

Année de naissance	Départ à partir de	Durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein (trimestres)	Condition de durée d'assurance cotisée (trimestres)	Condition de début d'activité
1952	58 ans	164	168	avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		164	avant 17 ans
	60 ans		164	avant 20 ans
1953	57 ans	165	173	avant 16 ans
	58 ans et 4 mois		169	avant 16 ans
	59 ans et 8 mois		165	avant 17 ans
	60 ans		165	avant 20 ans
1954	56 ans	165	173	avant 16 ans
	58 ans et 8 mois		169	avant 16 ans
	60 ans		165	avant 20 ans
1955	56 ans et 4 mois	166	174	avant 16 ans
	59 ans		170	avant 16 ans
	60 ans		166	avant 20 ans
1956	56 ans et 8 mois	166	174	avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		170	avant 16 ans
	60 ans		166	avant 20 ans
1957	57 ans	166	174	avant 16 ans
	59 ans et 8 mois		166	avant 16 ans
	60 ans		166	avant 20 ans
1958	57 ans et 4 mois	167	durée légale + 8	avant 16 ans
	60 ans		durée légale	avant 20 ans
1959	57 ans et 8 mois	167	durée légale + 8	avant 16 ans
	60 ans		durée légale	avant 20 ans
à partir de 1960	58 ans	cf. loi du 20 janvier 2014*	durée légale + 8	avant 16 ans
	60 ans		durée légale	avant 20 ans

Source : DSS/SDEPF/6A

Note de lecture : La condition d'âge de début d'activité est d'avoir cotisé cinq trimestres avant la fin de l'année civile suivant le début d'activité (pour les assurés nés au dernier trimestre, elle est de quatre trimestres).

* La durée d'assurance requise est désormais fixée dans la loi du 20 janvier 2014 à raison d'un trimestre toutes les trois générations, portant à 172 trimestres la durée d'assurance pour la génération 1973.

Tableau 5 • Évolution des trimestres « réputés cotisés »

avant 2012	depuis juillet 2012	à compter du 1 ^{er} avril 2014
0 trimestre maternité spécifique*	2 trimestres maternité spécifique	tous les trimestres maternité
0 trimestre de chômage	2 trimestres de chômage	4 trimestres de chômage
0 trimestre invalidité	0 trimestre invalidité	2 trimestres invalidité
4 trimestres de service national	4 trimestres de service national	4 trimestres de service national
bloc de 4 trimestres maladie/maternité/AT-MP	bloc de 4 trimestres maladie/maternité/AT-MP	bloc de 4 trimestres maladie/AT-MP

* Trimestre civil au cours duquel est survenu l'accouchement

¹ Se reporter au rapport de la CCSS de Septembre 2013 pour un aperçu sur l'historique du dispositif (fiche 8.1), ainsi que la fiche 4.8 du présent rapport pour davantage de détails sur le décret de 2012.

3.7 Les prestations familiales

Les prestations familiales étudiées dans cette fiche sont les prestations légales figurant dans les comptes de la CNAF, exception faite de l'allocation de logement familiale présentée dans la fiche 3.8.

En 2013, les prestations familiales (regroupées au sein du fonds national des prestations familiales, FNPF) représentent 71% des prestations sociales financées par la CNAF¹, soit 32,3 Md€. Parmi ces prestations, 55% sont des allocations d'entretien en faveur de la famille, 41% sont des allocations de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et 4% correspondent à d'autres prestations (cf. tableau 1).

La progression des prestations familiales a ralenti en 2013 et cette tendance devrait se poursuivre en 2014

En 2013, la dynamique des prestations est moins soutenue qu'en 2012...

La croissance de la dépense des prestations familiales en 2013 (+1,9%) a retrouvé un rythme de progression proche de celui de 2011 (+1,6 %), après la nette accélération en 2012 (+2,8%). Globalement, les évolutions ont été inférieures – pour les prestations d'entretien de la famille et les autres prestations – ou égales – en ce qui concerne la PAJE – à la dynamique constatée en 2012. Ainsi, la dépense des prestations d'entretien en faveur de la famille, qui avait augmenté de 3,7% en 2012, n'a progressé que de 2,3% en 2013. Les prestations de la PAJE ont dans leur ensemble évolué comme en 2012 (+1,4%). Mais cette hausse globale cache des disparités entre prestations. Ainsi, les primes et l'allocation de base ont crû légèrement en 2013 (+0,6%) alors qu'elles avaient stagné en 2012 et la dépense de complément libre choix d'activité (CLCA) a moins diminué en 2013 qu'en 2012 (-1,8% après -2,5%). Enfin, concernant le complément mode de garde (CMG), sa croissance a été moins rapide en 2013 (+3,3%) qu'en 2012 (+4,1%).

... ce qui relève surtout d'un faible impact des mesures nouvelles par rapport à 2012

Ce ralentissement des prestations d'entretien correspond au contrecoup de la majoration de 25% du montant de l'ARS en 2012 qui avait conduit à une évolution de 26% de cette prestation. En effet, à l'instar de la PAJE, la décélération des prestations d'entretien masque des disparités : les allocations familiales (AF) et le complément familial (CF) ont été plus dynamiques en 2013 qu'en 2012 (respectivement +2,5% après +1,8% et +1,5% après +0,2%). La dépense consacrée aux AF a été soutenue par la fin de montée en charge de l'unification de la majoration pour âge qui explique 0,8 point de la croissance de cette prestation.

Globalement, l'effet mesures nouvelles (cf. encadré) n'explique que 0,3 point de la croissance des dépenses en 2013 alors qu'il en expliquait 1,5 point en 2012². En 2014, l'effet mesure global serait plus faible (+0,1%) bien que d'importantes modifications de la législation aient été apportées dans le cadre de la LFSS pour 2014. Deux mesures de dépenses, s'inscrivant dans le cadre du Plan Pauvreté, ont été mises en œuvre : la majoration de 50% du CF pour les bénéficiaires dont les ressources sont inférieures à un nouveau plafond et la majoration de 25% du montant de l'ASF. Ces deux mesures vont monter en charge sur plusieurs années : la première de ces revalorisations exceptionnelles a porté, en avril 2014, sur des augmentations respectivement de 10% et de 5%. Le coût qu'elles engendrent en 2014 serait partiellement compensé par des mesures d'économie liées à l'aménagement de la PAJE. L'allocation de base entame en effet à compter de 2014 sa convergence sur le montant du complément familial, ce qui induit une stabilisation de son montant le temps de permettre au CF de rattraper le niveau de l'allocation de base. Cette mesure de convergence impacte également les primes de naissance et d'adoption. Le plafond de la PAJE est également modifié : la majoration pour isolement est minorée et la progression du plafond par enfant est linéarisée. Enfin les bénéficiaires du complément libre choix d'activité dont les ressources dépasseront le plafond de l'AB ne percevront plus de majoration du CLCA.

¹ Les autres prestations sociales financées par la CNAF (13 Md€) correspondent aux aides au logement (cf. fiche 3.8) et aux prestations d'action sociale (cf. fiche 3.10).

² L'effet mesures nouvelles en 2012 s'explique par la majoration de l'ARS et l'unification de la majoration pour âge des allocations familiales. Cette dernière mesure a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : les seuils d'âge des majorations pour âge des allocations familiales ont été modifiés. Jusqu'en 2011, la suppression des majorations pour les enfants de 11 à 13 ans s'est traduite par une économie, dont la montée en charge s'est étalée sur 4 ans et à compter de 2012 l'élargissement aux enfants de plus de 14 ans de la majoration auparavant destinés aux enfants de 16 à 20 ans constitue un coût dont la montée en charge s'étale sur deux ans (cf. fiche 13.1 du rapport de la CCSS d'octobre 2012).

Tableau 1 • Masses financières des prestations familiales

	2011	2012	Evol	2013	Evol	Composition	2014 (p)	Evol
Total hors prestations extralégales et hors aides au logement	30 772	31 644	2,8%	32 257	1,9%	100%	32 644	1,2%
Prestations d'entretien en faveur de la famille	16 839	17 460	3,7%	17 860	2,3%	55%	18 220	2,0%
Allocation familiales	12 432	12 652	1,8%	12 965	2,5%	40%	13 145	1,4%
Complément familial	1 650	1 653	0,2%	1 678	1,5%	5%	1 763	5,1%
Allocation de soutien familial	1 267	1 285	1,4%	1 302	1,3%	4%	1 376	5,7%
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 490	1 870	25,6%	1 916	2,4%	6%	1 936	1,1%
Prestations d'accueil du jeune enfant	12 716	12 893	1,4%	13 078	1,4%	41%	13 072	0,0%
Prestations d'entretien (allocation de base + primes à la naissance)	4 952	4 955	0,0%	4 982	0,6%	15%	4 916	-1,3%
Complément de mode de garde - assistante maternelle	5 217	5 416	3,8%	5 579	3,0%	17%	5 659	1,4%
<i>dont cotisations prise en charge</i>	2 903	3 007	3,6%	3 138	4,3%	10%	3 219	2,6%
<i>dont rémunérations prise en charge</i>	2 314	2 409	4,1%	2 441	1,3%	8%	2 440	0,0%
Complément de mode de garde - employé à domicile	303	293	-3,3%	288	-1,7%	1%	282	-2,1%
<i>dont cotisations prise en charge</i>	176	170	-3,5%	169	-0,5%	1%	170	0,6%
<i>dont rémunérations prise en charge</i>	127	123	-3,0%	119	-3,4%	0%	112	-5,9%
Complément de mode de garde - structures	126	166	31,5%	202	22,1%	1%	241	19,1%
Allocation versée pendant le congé parental (CLCA...)	2 117	2 064	-2,5%	2 026	-1,8%	6%	1 974	-2,6%
Autres prestations	1 217	1 291	6,0%	1 319	2,2%	4%	1 352	2,5%
AEEH	716	773	8,0%	783	1,2%	2%	811	3,6%
Allocation de présence parentale	57	61	6,7%	64	5,3%	0%	67	4,2%
Frais de tutelle	341	348	2,1%	353	1,6%	1%	355	0,5%
Autres	104	109	4,8%	119	9,2%	0%	119	0,6%

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

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

Il est possible de décomposer l'évolution de la masse des prestations familiales en quatre items : un effet prix global, un effet mesures nouvelles, un effet plafond, un effet comptable et un effet résiduel. Cette décomposition s'applique à l'ensemble des prestations familiales à l'exception des frais de tutelles et autres prestations marginales (cf. tableau 1).

Les prestations familiales sont exprimées en proportion de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). L'**effet prix** mesure l'impact de la revalorisation de la BMAF. Seules les prises en charge des cotisations du complément mode de garde échappent à ce barème. Toutefois l'évolution du SMIC permet d'appréhender l'évolution spontanée de ces prestations. Ainsi une moyenne pondérée de la BMAF et du SMIC permet d'estimer l'effet prix des prestations familiales.

L'**effet mesures nouvelles** correspond à l'impact des réformes décidées par le passé sur la dynamique globale des prestations familiales. Les mesures prises en compte pour composer cet effet correspondent aux mesures spécifiques à chaque prestation qui modifient le champ d'éligibilité des bénéficiaires ou le montant individuel des allocations. La sous-indexation de la BMAF et des plafonds de ressources en 2012 n'est pas mesuré par cet effet mais est incluse dans l'effet prix.

L'**effet comptable** mesure l'impact des changements de méthodes comptables. En 2012, le montant des prises en charge de cotisations du CMG ont été diminuées de 58 M€, suite au rapprochement des montants comptabilisés par la CNAF et par l'ACOSS. Ce montant a été rattaché à l'exercice 2013. Un autre changement de méthode a majoré de 21 M€ les charges à payer au titre de l'AEEH du fait de la prise en compte des dossiers non instruits au 31 décembre 2012. Cette augmentation se traduit par une diminution équivalente des provisions pour rappels au titre de cette prestation.

Les plafonds de ressources concernent certaines prestations (CF, ARS, primes et allocations de base de la PAJE) et sont différents pour chacune d'entre elles. Ces plafonds sont revalorisés uniformément au 1er janvier de l'année N selon l'inflation constatée de l'année N-2. Lors de cette revalorisation, les ressources des allocataires en N-2 sont confrontées aux nouveaux plafonds. Lorsque les plafonds évoluent moins vite que les ressources moyennes, un certain nombre d'allocataires sont exclus mécaniquement : ce que l'on appelle un **effet plafond** négatif.

L'**effet résiduel** s'explique par la dynamique propre à chaque prestation. La dynamique de chaque prestation dépend de l'évolution de la démographie éligible à la prestation, de l'évolution de l'allocation moyenne et dans certains cas d'effet de comportement et de l'évolution de l'offre de garde.

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

	2011	2012	2013	2014	
Estimation de l'inflation hors tabac retenue pour l'année n	1,5%	1,8%	1,2%	1,1%	Note : La règle de revalorisation de la BMAF avant 2012 consistait à additionner : - l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac N - un correctif sur l'écart entre l'inflation semi-définitive N-1 et l'inflation alors prévue - un second correctif sur l'inflation N-2 et l'inflation définitive
Ajustement sur n-1*	0,3%	0,6%	0,0%	-0,5%	
Ajustement sur n-2*	-0,3%	0,0%			
Revalorisation au 1^{er} avril		1,0%	1,2%	0,6%	
Revalorisation en moyenne annuelle	1,5%	0,7%	1,2%	0,75%	
Coût en Millions d'euros	400	230	350	230	Désormais, avec la revalorisation au 1 ^{er} avril, l'ajustement se fait uniquement sur l'écart N-1 (à l'exception de 2012 où la revalorisation fut fixée à 1%).
<i>Inflation constatée</i>	2,1%	1,9%	0,7%	-	

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation

La croissance des prestations familiales en 2013 et en 2014 s'explique ainsi principalement par la revalorisation de la BMAF

Les deux tiers de la croissance de la dépense du FNPF relèvent de la revalorisation

Si en 2012 l'évolution en moyenne annuelle de la BMAF n'a expliqué qu'un tiers de la progression des prestations familiales¹, leur dynamique en 2013 relève en revanche principalement de l'effet prix : celui-ci explique 1,2 point de la croissance des prestations familiales. En 2014, la faible prévision d'inflation (1,1%) et la révision à la baisse de l'inflation 2013 (0,7% contre 1,2% au moment de la revalorisation) se retrouvent dans le taux de revalorisation de la BMAF qui évolue en moyenne annuelle de 0,75% (cf. tableau 2). Néanmoins, l'effet prix resterait le principal facteur de croissance des prestations familiales.

Les effets plafonds limitent peu la progression des dépenses

En 2013, les ressources des allocataires de 2011, prises en compte pour l'éligibilité des bénéficiaires, progressent de 2,2% et les plafonds de 2,1%². Ainsi, l'effet plafond en 2013 n'a eu qu'un impact marginal sur la dépense (-5 M€). En 2014, compte tenu de la progression des ressources 2012 de 2,1% et d'une revalorisation des plafonds de 1,9%, l'impact financier induit par la sortie des dispositifs plafonnés de certains allocataires serait très légèrement supérieur (-10 M€).

Au-delà de ces déterminants globaux, l'effet résiduel, lié à la dynamique propre à chaque prestation, explique 0,2 point de la progression de la dépense en 2013 et 0,4 point en 2014.

Tous les types de prestations contribuent à ralentir la dépense

Parallèlement à la légère diminution du nombre de naissances, la tendance est à un ralentissement de l'évolution en volume des prestations légales, et celle-ci est observable pour toutes les prestations (cf. graphique 2).

A l'exception des allocations familiales, les prestations d'entretien en faveur de la famille ne progresseraient pas en volume

Les prestations d'entretien contribuent globalement pour 1,3 point à la croissance de la dépense en 2013. L'effet résiduel de la hausse de la dépense d'AF s'est établi à +0,2% en 2013 et devrait le rester en 2014. A *contrario*, la croissance de la dépense en 2014 au titre du complément familial, de l'ASF et de l'ARS relèverait uniquement des effets prix et des mesures nouvelles.

La PAJE, historiquement très dynamique, demeurerait stable pour la première fois en 2014

La contribution à la croissance de la PAJE a été de 0,6 point en 2012 et 2013 ; mais alors qu'elle a été une des prestations les plus dynamiques depuis 2009, elle ne devrait pas augmenter en 2014 (cf. graphique 3). Cette décélération est liée au ralentissement de la dépense au titre du complément mode de garde (CMG) : l'effet volume résiduel était de 0,5% en 2012 et il n'est plus que de 0,2% en 2013 et en 2014. Enfin, on constate aussi une tendance à la baisse des autres prestations de la PAJE, notamment du CLCA du fait d'un recours croissant à la prestation servie à taux partiel, qui est moins coûteuse pour la branche.

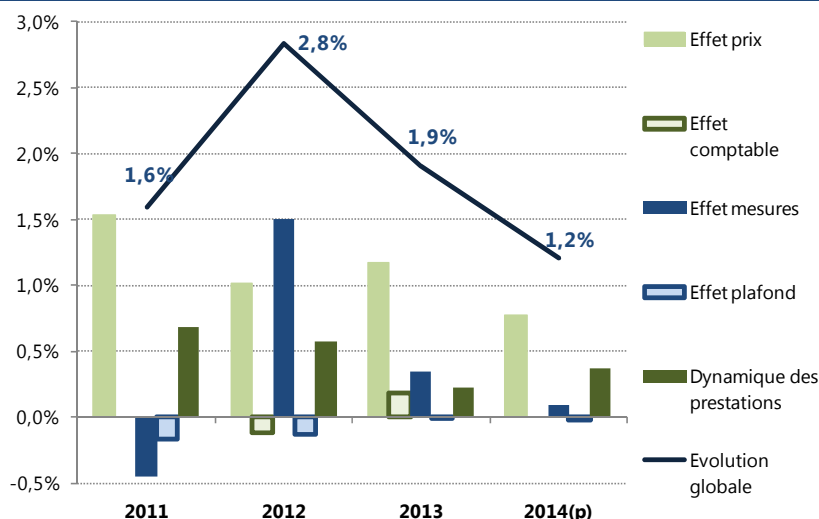
Parmi les autres prestations, l'AAEH est particulièrement dynamique

L'AAEH progresse modérément par rapport à 2012 (+1,2% après +8%), bien qu'un léger ressaut soit anticipé en 2014 (+3,6%). L'allocation de présence parentale comme les frais de tutelle voient leur progression s'estomper.

¹ Cf. fiche 9.1 du rapport CCSS de septembre 2013 : ce relatif faible poids de l'effet prix relève aussi d'un effet des mesures nouvelles significatif en termes de dépenses.

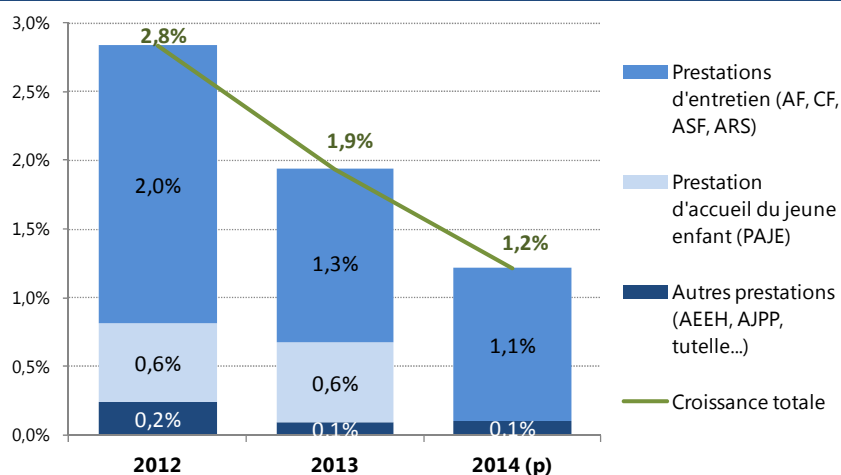
² D'après des estimations faites par la CNAF, les ressources des allocataires auraient progressé de 2,2 % en 2011 du fait d'une hausse du salaire moyen par tête des salariés du secteur privé (SMPT) de 2,6 % atténuée par l'augmentation du nombre de chômeurs. Les ressources des allocataires auraient progressé de 2,1 % en 2012 en raison d'une hausse du SMPT de 2,2 %.

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des prestations familiales



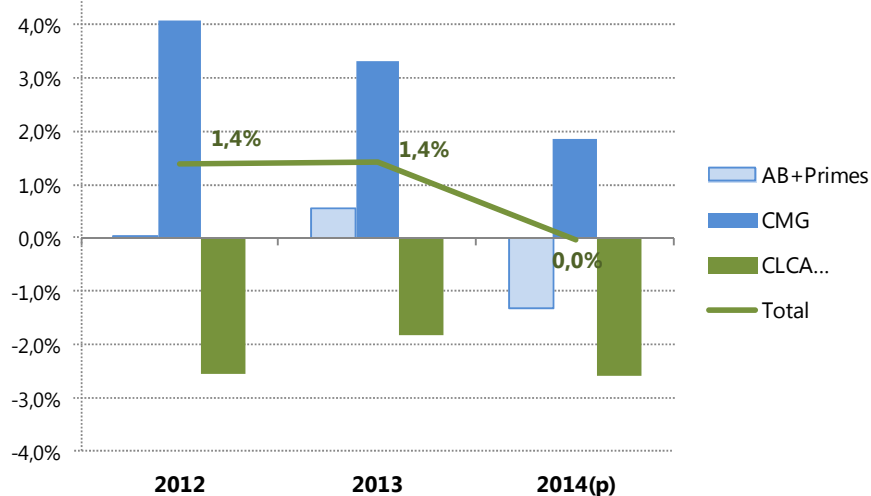
Source : DSS/SDEPF/6A – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Graphique 2 • Contribution à la croissance des prestations entre 2012 et 2014



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

Graphique 3 • Dynamique récente des prestations de la PAJE



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

3.8 Les aides au logement

La dépense totale d'aides au logement¹ a atteint 17,4 Md€ en 2013 et s'élèverait à 17,8 Md€ en 2014 (cf. tableau 1). La CNAF finance l'allocation de logement familiale (ALF) et la fraction de l'aide personnalisée au logement (APL) versée aux ménages avec enfants (*via* le fonds national d'aide au logement, FNAL), soit 8,8 Md€ en 2013. Les prestations logement financées par la CNAF représentent 21% du total des prestations sociales de la CNAF en 2013.

La croissance de 3,9% des aides au logement en 2013 a été fortement tirée par une revalorisation importante du barème, à l'inverse de 2012...

En 2012, la progression contenue de la dépense d'aides au logement (+2,3 %) résultait de deux facteurs : d'une part de la hausse de la participation personnelle (cf. encadré 1) en raison d'une croissance des ressources supérieure à la revalorisation de l'abattement forfaitaire, et d'autre part de la faible progression de la dépense éligible freinée par la sous-indexation des loyers plafond².

En revanche, **en 2013**, la croissance des dépenses d'aides au logement, toutes aides confondues, s'est accélérée : elle a augmenté de 3,9 %. Cette dynamique résulte exclusivement de l'augmentation de l'allocation moyenne. En effet, en 2013, si le nombre de bénéficiaires a stagné par rapport à 2012, l'effet de la revalorisation a été particulièrement marqué. Ainsi, la dépense éligible a crû fortement suite à une importante revalorisation du barème (cf. encadré 1 et graphique 1) : les loyers plafond ainsi que le forfait de charges ont été revalorisés au 1^{er} janvier 2013 en fonction de l'indice de référence des loyers (IRL) du troisième trimestre 2012 particulièrement élevé (+2,1 %).

Le nombre de bénéficiaires est resté stable sous l'influence contraire de deux facteurs : l'abattement forfaitaire sur les ressources a augmenté moins rapidement (+1,5 %) que les ressources de 2011 (+2,2 %, cf. fiche 3.7), conduisant à l'éviction d'allocataires du dispositif. Toutefois, cet effet n'a pas suffi à diminuer le nombre de bénéficiaires car parallèlement le nombre de chômeurs a continué d'augmenter en 2013³.

... symétriquement, la moindre revalorisation des aides au logement en 2014 limiterait leur progression à 2,1 %

En 2014, l'effet des prix et des revalorisations du barème des aides au logement serait modéré. Tout d'abord, les loyers plafond et forfaits charges, fonction de l'indice de référence des loyers (IRL) seraient moins revalorisés (+0,7 %). En outre, la LFSS pour 2014 a reporté la revalorisation des barèmes (à l'exception du paramètre ressources R0) du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre. Cette mesure permettrait une économie estimée à 100 M€ sur le champ global des aides au logement. Par ailleurs, la hausse du chômage devrait être moins forte en 2014, permettant ainsi de ralentir la progression des aides au logement en volume. Néanmoins, la hausse du paramètre R0, plus forte qu'en 2013⁴ (+1,9 % après +1,5 % en 2013), conduirait à une faible progression de la participation moyenne des allocataires et, *in fine*, une hausse de l'allocation moyenne.

Parmi les trois prestations, les aides consacrées aux logements conventionnés sont les plus dynamiques

La part de l'APL dans la dépense globale d'aides au logement n'a cessé de croître depuis 2008 : elle atteindrait 45,1 % en 2014 (cf. graphique 2) soit deux points de plus qu'en 2011. Elle demeure ainsi l'aide au logement qui augmente le plus : +4,8 % en 2013 contre respectivement +2,9 % et +3,5 % pour l'ALF et l'allocation de logement sociale (ALS). Enfin, l'APL consacrée aux familles, financée par la CNAF *via* le FNAL, a été particulièrement dynamique en 2013 (+5 %).

¹ 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).

² Cf. fiche 9.2 du rapport à la CCSS de juin 2013.

³ Mesuré sur demandeurs d'emplois de catégories A (sans emploi), B (activité réduite inférieure à 78h au cours du mois) et C (activité réduite longue de plus de 78h au cours du mois) le nombre de chômeurs a augmenté de 7,5% en 2012 et de 8,4% en 2013.

⁴ La revalorisation exceptionnelle du RSA au 1er septembre 2013 dans le cadre du Plan pauvreté a induit une hausse du paramètre R0.

Encadré 1 • Méthodologie de calcul des aides au logement et impact du chômage

Le montant d'une aide au logement est calculé de la même manière quel que soit le type d'aide attribuée. Il résulte d'un calcul complexe dans lequel le montant de la dépense en loyer éligible est comparé à une participation personnelle. Si cette dernière dépasse la dépense éligible, le demandeur n'a pas le droit à une aide au logement.

La **dépense éligible** est la somme du forfait de charges, qui varie individuellement selon la composition familiale du ménage, et du loyer effectif plafonné. Le forfait de charge et le loyer plafond sont revalorisés tous les ans selon l'inflation n-2. En sachant que près de 90% des loyers effectifs dépassent les plafonds, le loyer éligible évolue quasiment comme le taux de la revalorisation du loyer plafond.

La **participation personnelle** est, schématiquement, la différence entre les ressources personnelles de l'allocataire de l'année n-2 et un abattement forfaitaire, appelé paramètre ressources R0, dépendant du différentiel d'évolution entre le RSA et la BMAF en n-2.

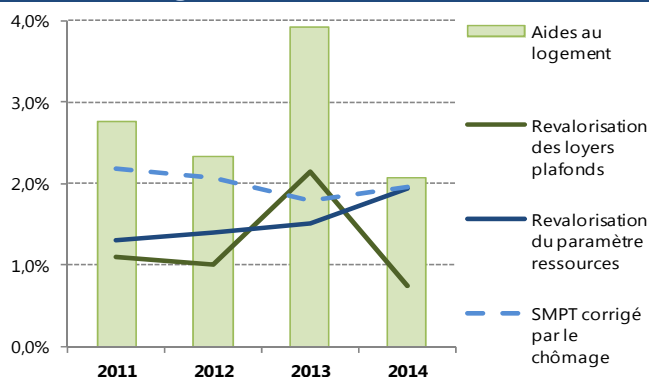
L'**évolution du chômage** a un impact direct et un impact différé sur les aides au logement. L'*impact direct* tient à l'abattement de 30 % des ressources des allocataires quand ceux-ci sont au chômage depuis plus de trois mois. L'*impact indirect* transite par les ressources des allocataires : une hausse du chômage en N-2 peut entraîner une moindre progression des ressources des allocataires prises en compte en N.

Tableau 1 • Montant des aides au logement de 2012 à 2014

	En milliards d'euros					
	2012	%	2013	%	2014	%
ALF	4,2	0,8%	4,4	2,9%	4,4	0,9%
ALS	5,1	1,6%	5,3	3,5%	5,3	1,4%
APL	7,4	3,8%	7,8	4,8%	8,0	3,2%
Total	16,8	2,3%	17,4	3,9%	17,8	2,1%
FNAL	4,2	3,7%	4,4	5,0%	4,6	3,1%
Total CNAF	8,5	2,2%	8,8	3,9%	9,0	2,0%

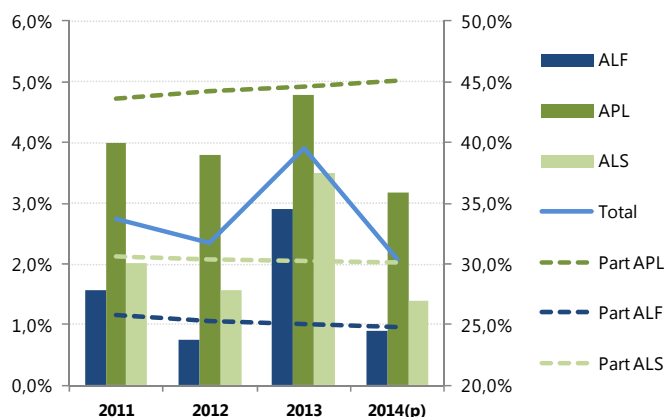
Source: DSS/SD EPF/6A – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Graphique 1 • Evolution des aides au logement et de ses déterminants



Source: DSS/SD EPF/6A – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Graphique 2 • Evolution récente de la dynamique et de la part de chaque aide au logement



Note de lecture: en 2013, la dépense d'ALF a crû de 3 % (échelle de gauche) et sa part dans la dépense totale d'aides au logement atteignait 25 % (échelle de gauche).

Source: DSS/SD EPF/6A – CNAF. Champ : tous régimes, France entière, hors allocation logement temporaire.

3.9 La gestion administrative

Les budgets de gestion administrative de chacune des branches du régime général sont négociés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et obéissent aux règles budgétaires annexées à celles-ci. Il faut noter qu'en 2013 s'achevaient les COG de la CNAMTS, de la CNAV et de l'ACOSS, alors qu'*a contrario* la COG CNAF a été signée en juillet 2013.

Hors investissement, les dépenses brutes de gestion administrative du régime général s'élèvent à 10,34 Md€ en 2013, en croissance de 1,5 %

En 2013, les dépenses brutes hors investissement de gestion administrative du régime général se sont élevées à 10,26 Md€, soit une évolution de 1,5 % par rapport à l'exécuté 2012 (10,1 Md€). Cette exécution est conforme à la prévision de 10,3 Md€ publiée lors de la CCSS de septembre 2013. Elle témoigne ainsi du pilotage au plus juste des dépenses de gestion par les caisses nationales (*cf.* tableau 1).

Cette évolution limitée des dépenses du régime général traduit d'abord un effort de maîtrise de la masse salariale de l'ensemble des branches rendue possible par les gains de productivité. Elle traduit également l'attention portée à l'évolution des autres dépenses de fonctionnement (ADF).

Les données 2013 de la CNAF présentent une atypie due à la signature en cours d'année de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la période 2013-2017. Dans l'attente de la conclusion de la convention, les recrutements ont été gelés et l'engagement de nombreuses dépenses a été retardé, ces deux phénomènes ralentissant mécaniquement l'évolution des frais de gestion.

Dans les autres branches du régime général, la croissance des dépenses est globalement modérée, en particulier pour la masse salariale, contenue, d'une part, par le cadrage budgétaire des COG et, d'autre part, par le plafond d'évolution de la RMPP (rémunération moyenne des personnels en place), fixé par les pouvoirs publics à 2,25 % en 2013.

En 2014, les dépenses de gestion évolueront conformément aux orientations de la LFSS pour 2014, excepté pour la CNAF

Les dépenses de gestion de la CNAMTS, de la CNAV et de l'ACOSS pour l'année 2014 dépendront du cadrage budgétaire définitif qui sera fixé dans leurs conventions d'objectifs et de gestion respectives. La LFSS pour 2014 a toutefois prévu des économies importantes dans le champ des frais de gestion, qui seront traduites dans les COG en cours de renouvellement. Les prévisions de dépenses 2014 de ces trois organismes intègrent donc les économies attendues pour cet exercice.

A contrario, les dépenses de la CNAF sont encadrées par la COG 2013-2017. La prévision de dépenses 2014 est en croissance significative, sous-tendue par deux phénomènes. D'une part, la COG prévoit un renfort provisoire à hauteur de 500 emplois en équivalents temps plein en 2013-2014 pour permettre à la branche de retrouver un niveau satisfaisant de traitement des dossiers, ce qui alimente une augmentation de 7% de la masse salariale. D'autre part, les ADF devraient augmenter en 2014, en raison d'un effet de rattrapage après le très fort ralentissement de 2013 (-18%).

Tableau 1 • Evolution 2012-2013 des dépenses de gestion du régime général

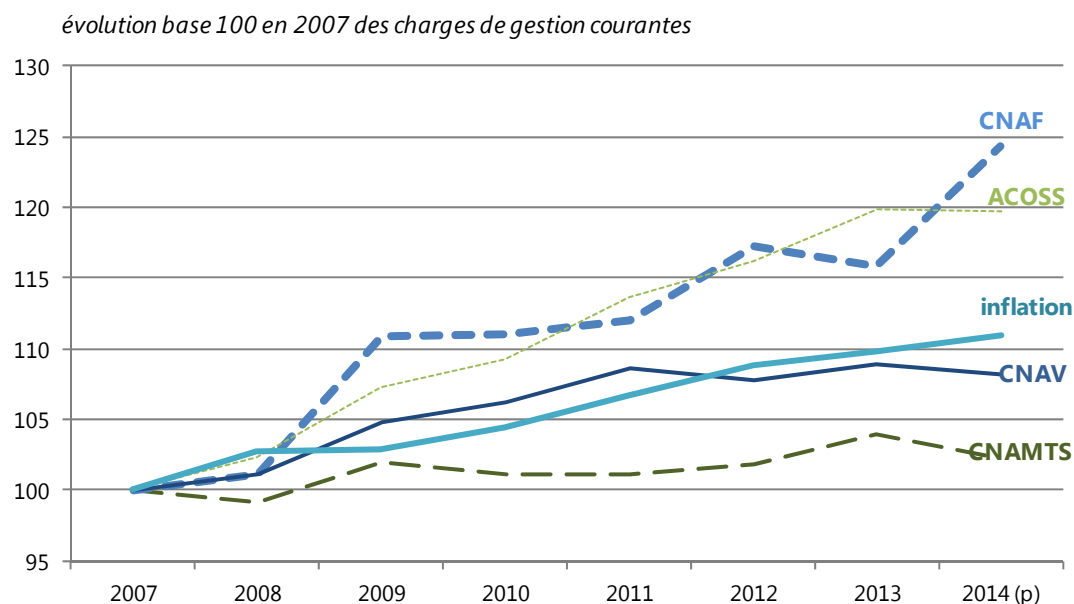
	CNAMTS		CNAF		CNAVTS		ACOSS		REGIME GENERAL	
	2013	évol. 2012-2013	2013	évol. 2012-2013	2013	évol. 2012-2013	2013	évol. 2012-2013	2013	évol. 2012-2013
dépenses de personnel	4282	1,7%	1439	0,6%	806	1,5%	942	2,1%	7469	1,5%
autres dépenses de fonctionnement	1144	1,4%	312	-17,9%	189	2,1%	263	0,3%	1909	-2,5%
SOUS TOTAL dépenses limitatives de fonctionnement	5427	1,7%	1751	-3,3%	995	1,6%	1205	1,7%	9377	0,7%
dépenses évaluatives	522	7,4%	129	39,2%	80	-5,0%	236	11,5%	967	10,6%
TOTAL dépenses BRUTES hors investissement	5 949	2,1%	1880	-1,2%	1075	1,1%	1441	3,2%	10345	1,5%
TOTAL dépenses NETTES hors investissement	5 438	4,6%	1702	-2,3%	883	1,9%	1048	1,3%	9071	3,6%

Source : DSS/SD4/4A à partir de données CNAMTS, CNAV, CNAF et ACOSS.

Les dépenses brutes somment les dépenses de gestion administrative figurant dans les budgets de gestion des caisses nationales.

Les dépenses nettes présentent les mêmes données diminuées des recettes de gestion enregistrées par les organismes.

Graphique 1 • Evolution 2007-2014 des dépenses de gestion du régime général (base 100 en 2007)



Source : DSS/SD4/4A à partir de données CNAMTS, CNAV, CNAF et ACOSS

3.10 L'action sociale

Les dépenses décrites dans cette fiche sont inscrites dans les budgets relatifs à :

- l'action sociale de la CNAF (fonds national d'action sociale) ;
- l'action sanitaire et sociale de la CNAMTS et de la CNAV (respectivement fonds national d'action sanitaire et sociale et fonds national d'action sociale pour les personnes âgées) ;
- les actions de prévention de la CNAMTS (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires)

Ces budgets, négociés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et obéissant aux règles budgétaires annexées à celles-ci, servent à financer des prestations de service (destinées notamment à l'accueil du jeune enfant en crèche), des plans de santé publique et des aides ponctuelles individuelles. Les dépenses d'action sociale de la branche « famille » représentent plus de 85% des dépenses d'action sociale du régime général, compte tenu notamment du poids des actions d'accueil du jeune enfant.

Les dépenses d'action sociale et de prévention se sont élevées à 5,8 Md€ en 2013, en progression de 0,3% par rapport aux dépenses 2012

Les dépenses d'action sociale et de prévention du régime général pour l'année 2013 se sont élevées à 5,8 Md€, crédits d'investissement compris, soit un niveau très proche de 2012. En excluant les crédits d'investissements, les dépenses ont atteint 5,6 Md€, en accroissement de 2,1% par rapport à l'exercice précédent (cf. tableau 1). Pour autant, ces données globales renvoient à des volumes et des dynamiques de dépenses très divers.

L'action sociale

Sur ces 5,6 Md€ de dépenses d'action sociale et de prévention, l'action sociale du régime général pour 2013 représente 5,2 Md€, en progression de 2,6% par rapport à 2012. Cette évolution est tirée principalement par l'action sociale de la CNAF.

Il faut distinguer de ces dépenses de fonctionnement les crédits d'investissement, dans le champ de l'action sociale et de la prévention lesquels financent pour l'essentiel les plans de construction de crèches, l'aide aux logements-foyers et aux UGECAM. Ils ont mobilisé environ 200M€ en 2013.

Les dépenses 2013 d'action sociale de la CNAF s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche famille pour la période 2013-2017. Les dépenses de prestations, c'est-à-dire hors investissement, se sont accrues de 4,4% entre 2012 et 2013, pour être portées à 4,6 Md€. Parallèlement, les dépenses d'investissement du FNAS ont connu un fort ralentissement (-74% par rapport à 2012), lié à la signature en cours d'année 2013 de la COG de la branche famille. Dans l'attente de la signature de la convention, les projets d'investissement ont été suspendus. Dans ce contexte, l'année de signature de la COG est marquée par un ralentissement de l'investissement.

Parmi les dépenses d'action sociale de la branche famille, on distingue principalement les dépenses dites de prestations de service de celles relatives aux fonds d'investissement pour la petite enfance (« plans crèches »). Les mesures de prestations de service sont destinées au financement de l'accueil du jeune enfant (0 à 6 ans), des jeunes (6 à 18 ans), de mesures d'aides à la parentalité, d'aides à domicile, d'animation de la vie sociale et des foyers de jeunes travailleurs.

Dans le champ de la petite enfance, la branche participera à la création de 100 000 nouvelles solutions d'accueil collectif sur la durée de la COG ainsi qu'au développement de l'accueil individuel pour assurer la prise en charge de 100 000 enfants supplémentaires. Un axe majeur du développement de l'offre d'accueil sera la correction des inégalités territoriales grâce à un fonds de rééquilibrage territorial qui apportera des moyens supplémentaires aux territoires déficitaires. Le développement de cette offre d'accueil devra permettre d'atteindre l'objectif de 10% d'enfants issus de familles pauvres accueillis en crèche, inscrit dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

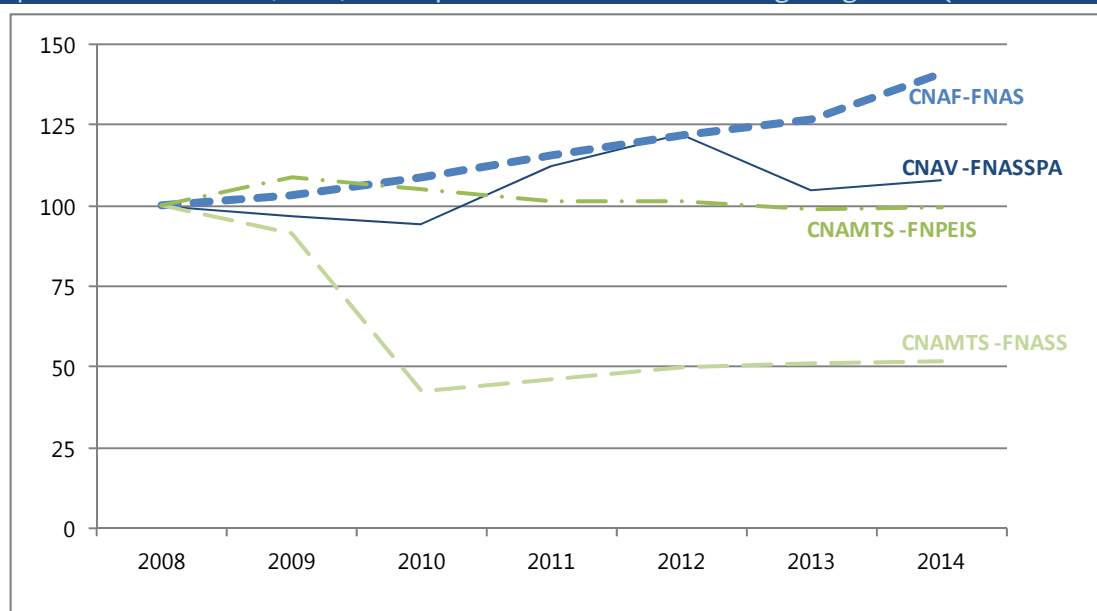
Tableau 1 • évolution des dépenses d'intervention 2007-2013 (hors investissements)

en millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evol 12-13
CNAV - FNASSPA	393	380	370	441	480	411	-14,3%
CNAF - FNAS	3637	3757	3956	4195	4423	4617	4,4%
CNAMTS	729	741	580	576	587	578	-1,5%
dont FNASS	299	273	128	139	149	153	2,8%
dont FNPEIS	431	467	452	438	437	425	-3,0%
Total régime général avec FNPEIS	4 759	4 877	4 906	5 213	5 489	5 606	2,1%
Total régime général hors FNPEIS	4 329	4 410	4 454	4 775	5 052	5 182	2,6%

Source : DSS/SD4/4A à partir de données CNAMTS, CNAV et CNAF

Graphique 1 • Evolution 2007-2014 des dépenses d'intervention du régime général (base 100 en 2007)



Source : DSS/SD4/4A à partir de données CNAMTS, CNAV, CNAF et ACOSS

Note : En 2010, le FNASS de la CNAMTS connaît un changement de périmètre avec la sortie des enveloppes financières destinées à la formation des praticiens, transférées au Fonds d'Actions Conventionnelles (FAC)

Dans le champ de la jeunesse, les objectifs de la branche visent à développer une offre de service en faveur de l'autonomisation des jeunes et une offre d'accueil périscolaire et extrascolaire de qualité. La branche famille est également amenée à accompagner la réforme des rythmes scolaires.

Cette nouvelle COG prévoit par ailleurs un doublement des moyens consacrés aux mesures d'accompagnement à la parentalité et une attention particulière sera portée au développement des services de médiation familiale.

En 2013, les dépenses d'action sanitaire et sociale de la branche maladie, comprenant des dépenses d'intervention et d'investissement, se sont élevées à 240 M€, en augmentation de 5,3% par rapport à 2012. Les dépenses d'intervention seules, présentées dans le tableau 1, sont en augmentation de 2,8% pour une dépense de 153 M€, à un rythme toutefois inférieur à celui des investissements à destination des établissements et œuvres, qui s'accroissent de 10% et sont portés à 86 M€. Plusieurs facteurs concourent à cet accroissement. On peut notamment citer le développement des dispositifs complémentaires au dispositif légal de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la montée en charge des programmes d'accompagnement du retour à domicile, dont le démarrage de l'expérimentation PRADO orthopédie.

Dans le cadre de la COG CNAMTS 2010-2013, la branche « maladie » a déployé prioritairement ses moyens au bénéfice des personnes malades, par le biais de prestations extralégales à caractère ponctuel et exceptionnel, accordées sous conditions de ressources, par la facilitation de l'adhésion à une complémentaire santé dans le cadre d'aides transitoires, et par une meilleure priorisation de l'activité des œuvres des caisses en confortant leur vocation sociale et en veillant à renforcer leur efficacité. Ils permettront également de venir en aide aux personnes en sortie d'hospitalisation.

L'action sociale de la branche vieillesse s'articule autour de trois niveaux d'intervention :

- premier niveau : délivrer une information générale sur la prévention de la dépendance à l'ensemble des 13 millions de retraités ;
- deuxième niveau : proposer des actions collectives de prévention (nutrition, mémoire, prévention des chutes, préparation à la retraite, actions collectives menées avec l'agence nationale pour les chèques-vacances et les centres sociaux) à des publics identifiés par des critères de fragilité sans que cela ne nécessite pour autant une prise en charge dans le cadre des plans d'action personnalisés (PAP) ;
- troisième niveau : proposer des aides individuelles diversifiées à caractère davantage temporaire dans le cadre des PAP à des publics dont l'autonomie est fragilisée, soit entre 300 000 et 350 000 retraités.

S'agissant de ses investissements en matière de logements, au-delà des travaux d'aménagement des logements favorisant le maintien à domicile des retraités, la CNAV investit également sur des petites unités de vie et des logements sociaux adaptés aux personnes vieillissantes autonomes, logements intermédiaires entre le maintien à domicile et l'EHPAD.

Les dépenses d'action sanitaire et sociale pour les personnes âgées de la branche vieillesse se sont élevées à 472 M€ en 2013 soit un recul de 12,2% par rapport à 2012 (536 M€). Il faut noter que si l'investissement a ralenti (-7%, à 62 M€ en 2013) ce sont les dépenses d'intervention qui expliquent l'essentiel de ce fort recul. Dans ce domaine, les dépenses ont connu un accroissement très rapide de 2010 à 2012 (+29%, passant de 370 à 480 M€). La baisse constatée en 2013 traduit donc une correction de la trajectoire de dépenses après trois exercices de croissance forte. Pour autant, avec 411 M€ de dépenses hors investissements, les prestations extralégales se positionnent à un niveau significativement supérieur à celui du début de la COG (380 M€ en 2009, 370 M€ en 2010) : ces dépenses ont globalement crû sur l'ensemble de la période conventionnelle, malgré le ralentissement en 2013.

La prévention

L'assurance maladie contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en permettant à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie, de façon coordonnée avec d'autres opérateurs de l'Etat et désormais avec les agences régionales de santé (ARS). Elle conduit des actions nationales et locales. Au niveau national, le budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires a notamment pour objet de financer des campagnes de vaccination, le plan de prévention bucco-dentaire et des actions pour le bon usage du médicament.

La COG État-CNAMTS 2010-2013 a fixé un budget en croissance de 2,9% par an sur la période conventionnelle en cohérence avec la montée en charge du plan cancer, de l'amélioration de la couverture vaccinale de la population ou de la généralisation éventuelle du programme Sophia d'accompagnement personnalisé des patients atteints de maladies chroniques.

Les dépenses de prévention de la branche maladie pour 2013 se sont élevées à 425 M€, en légère diminution par rapport à 2012 (437 M€).

Les dépenses 2014 seront déterminées par les conventions d'objectifs et de gestion

La COG CNAF 2013-2017 détermine l'évolution maximum des dépenses d'action sociale. La prévision de dépenses de la CNAF pour l'exercice 2014 s'inscrit dans ce cadre. Les dépenses d'intervention (hors investissement) devraient progresser de 7,6%. Les investissements du plan crèche devraient être portés à 89 M€, soit une augmentation de 53 % par rapport à l'exercice 2013. Enfin, les comptes intègrent désormais l'action sociale « famille » du régime agricole. Sous l'effet de ces trois évolutions, l'accroissement des dépenses d'action sociale de la branche famille devrait être de 11,3% entre 2013 et 2014.

Tout comme dans le cas des dépenses de gestion administrative (*cf.* fiche 3-9), les budgets d'action sociale et de prévention de la CNAMTS et de la CNAV devront être fixés dans leurs COG respectives pour la période 2014-2017. Dans l'attente de la signature de ces conventions, les prévisions prudentes qui avaient été établies lors de la commission des comptes de septembre sont maintenues. Pour la CNAV, la progression prévue des dépenses extralégales est de 2,9%, correspondant à la tendance passée constatée à l'occasion de la dernière CCSS. De même pour l'action sociale de la branche maladie, en l'absence de COG, la prévision de dépenses 2014 reconduit la dernière prévision publiée (+1,4%).

Enfin, dans l'attente de la conclusion de la COG, la prévision de dépenses de prévention en 2014 repose sur une hypothèse de progression au même rythme que l'ONDAM 2014, soit 2,4 %.

4. ECLAIRAGES

4.1 Les biologistes : démographie, activité, dynamique de la dépense

En 2013, les dépenses d'assurance maladie au titre des remboursements des actes de biologie médicale effectués en ville s'élèvent à 3,4 Md€ dont près de 3 Md€ pour le régime général. Ces dépenses ont augmenté de 7,1 % en dix ans (entre 2003 et 2013) et représentent 4,4 % des dépenses totales des soins de ville. Le montant total des honoraires des biologistes s'élève quant à lui à près de 4,8 Md€ avec un volume d'actes toujours en hausse (+ 91 % d'actes entre 2003 et 2013) s'établissant à plus de 650 millions d'actes remboursés en 2013 par l'assurance maladie, partagé entre 4 000 sites de prélèvements.

Une augmentation modérée des dépenses en raison des ajustements tarifaires

Sur la période 2003-2013, les dépenses remboursées ont progressé chaque année en moyenne de 2,3 %. Toutefois, la progression de ces dépenses a connu des phases de net ralentissement voire de recul en raison des différentes mesures de maîtrise des dépenses qui sont intervenues sur la période (cf. graphique 1) :

- tout d'abord entre 2003 et 2007, les dépenses remboursées enregistrent la plus forte progression de la période avec un rythme de 2,6 % en moyenne annuelle. En effet, les négociations conventionnelles de 2002 ont débouché sur une majoration des cotations d'un certain nombre d'actes¹ et contribué à la hausse des dépenses remboursées en 2003. Cependant, l'introduction d'une participation forfaitaire de 1 euro en 2005 à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale a modéré cette progression, de même que des baisses de cotation d'actes en fin de période ;
- un net ralentissement est constaté entre 2007 et 2011 (+1,6 % en moyenne sur cette période) en raison de la baisse des cotations de 51 actes d'analyses et de l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire intervenues en 2007, puis de nouvelles baisses de cotations d'actes de biologie en 2009 et 2010 ;
- enfin, les deux baisses successives en 2011 de 3% du prix de 141 actes, et en 2012 de 51 actes (soit une économie de 150 millions d'euros en année pleine pour l'assurance maladie obligatoire) expliquent en quasi-totalité le fléchissement observé des dépenses sur la période 2011-2013 (-0,2 % en moyenne).

Seulement 15 actes de biologie constituent 50 % des montants remboursés

La progression des volumes d'actes de biologie médicale remboursés a été assez dynamique sur la période passant de près de 344 millions en 2003 à plus de 657 millions d'actes en 2013. Toutefois, les dépenses d'analyses de biologie médicale sont concentrées sur des groupes d'actes restreints : un tiers des dépenses 2013 est représenté par 3 groupes physiopathologiques², hors les actes de « dispositions générales »³. Le groupe des actes de « dispositions générales » est celui qui participe le plus à la hausse des dépenses (représentant plus de 400 M€, soit 14 % des dépenses en 2013). Ce dernier représente 30 % du volume des actes pratiqués. En effet, la création en 2009 d'un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique⁴ des patients a conduit à une augmentation des actes de « dispositions générales » dans le volume total des actes. Ce forfait a été revalorisé sur la période, passant d'une cotation de 7 « B » en 2009 à 17 « B » en 2014.

Par ailleurs, l'automatisation des analyses et la concentration du secteur (regroupement sur des plateaux techniques au sein de sociétés d'exercice libéral) observées ces dernières années ont conduit à des économies d'échelle sur les phases analytiques, entraînant une évolution de la structure des tarifs de biologie médicale vers une meilleure rémunération des phases pré-analytique et post-analytique au détriment de la phase analytique⁵.

¹ Revalorisation de 0,26 € à 0,27 € de la lettre clé « B » servant de référence de cotation à la grande majorité des actes de biologie, majorations sur les prélèvements de nuit et de milieu de nuit, des dimanches et des jours fériés, etc.

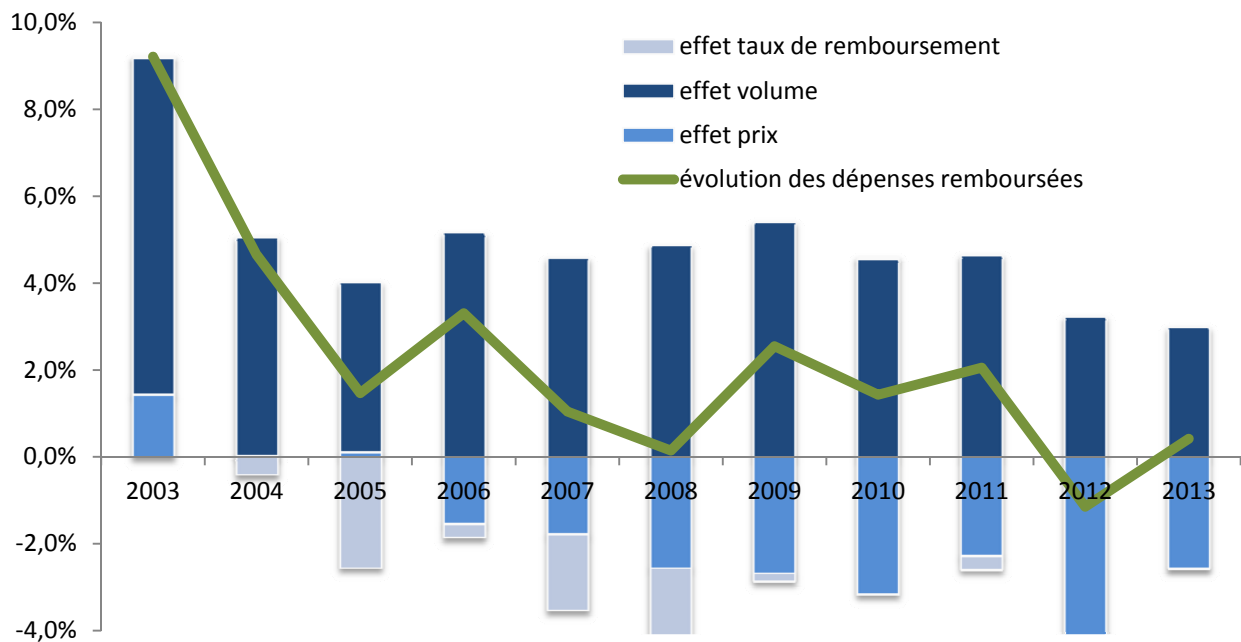
² Il existe près d'un millier d'actes figurants à la nomenclature de biologie médicale. Ces derniers sont regroupés en 30 groupes physiopathologiques dont les trois plus importants en 2013 sont : le groupe 1-Hématologie courante, le groupe 4-biochimie courante, et le groupe 17-microbiologie courante.

³ Les actes dits de « dispositions générales » représentent une vingtaine d'actes inscrits à la nomenclature de la biologie médicale. Il s'agit principalement d'actes entourant la prise en charge du patient.

⁴ Ce forfait comprend : le recueil des données administratives du patient, le recueil des renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses, la vérification de la conformité des échantillons biologiques.

⁵ La phase pré-analytique correspond au prélèvement, au recueil d'informations administratives et médicales, etc..., la phase analytique à l'analyse proprement dite, et la phase post-analytique à la restitution des résultats d'analyses.

Graphique 1 • Evolution des dépenses remboursées de 2003 à 2013



Source : DCIR- calculs DSS

Encadré 1 • La décomposition de la croissance des dépenses remboursées

L'effet prix correspond à l'évolution des tarifs des actes de biologie entre les années n-1 et n. Cette évolution est calculée grâce aux données annuelles en date de soins **remboursés** en valeur de la CNAMTS et synthétise l'effet des mesures portant sur les prix.

L'effet volume correspond à l'évolution du nombre d'actes et de prescriptions. Il est calculé grâce aux données annuelles en date de soins **remboursés** de la CNAMTS, déflatées des tarifs. Cet effet permet notamment d'apprécier les mesures portant directement sur les volumes (actions de maîtrise médicalisée, gestion du risque).

L'effet taux de remboursement mobilise à la fois des données annuelles de la CNAMTS en date de soins **remboursables** et **remboursés**. Cette composante traduit la part de la dépense effectivement remboursée aux assurés au sein des dépenses remboursables (*i.e.* y compris ticket modérateur). Cet effet traduit d'une part les changements de structure provenant de l'évolution de la population prise en charge à 100 % et d'autre part les effets des mesures jouant sur le taux de remboursement (modification, du ticket modérateur, participations forfaitaires, franchises).

Encadré 2 • comparaison internationale

En 2011, les dépenses de biologie médicale en ambulatoire s'élevaient à 3,6 Md€ en Allemagne¹ (4,6 Md€ en France), soit une dépense allemande par habitant en parité de pouvoir d'achat inférieure de 21 % à celle de la France. Toutefois, la dépense française par habitant en parité de pouvoir d'achat est inférieure de respectivement 12% et 15% à celles de la Suisse et de la Belgique. Le coût de la numération formule sanguine, premier acte en nombre et en montant s'élève à 8,37 € en France contre 5,36 € en Allemagne, 9,83€ en Suisse et 7,83€ en Belgique.

D'après le rapport de la cour des comptes de septembre 2013 sur les dépenses de biologie médicale, « les comparaisons internationales sont pour la plupart anciennes et incomplètes. Même si ces données doivent être interprétées avec prudence en raison des différences de périmètre de l'examen de biologie médicale et d'organisation des soins entre les différents pays, il ressort que la France a tendance à mieux rémunérer les ordonnances comportant un nombre plus élevé d'examen, les tarifs à l'acte en Allemagne et en Belgique étant en général plus bas.»

¹ Source Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, 2011

Les actes de biologie les plus remboursés sont ceux qui participent à l'analyse qualitative et quantitative des constituants du sang (cf. tableau 1). Viennent ensuite les analyses de recherche d'infections urinaires, de cholestérol, de thyroïde, de vitamine D, de surveillance du diabète, d'ionogramme chez les personnes âgées, d'anémie notamment chez les femmes enceintes, d'hépatites, d'infections à VIH, de dépistage du cancer de la prostate et d'insuffisance cardiaque.

L'offre de biologie apparaît assez hétérogène

La France compte près de 10 700 biologistes ; plus de 60% exercent au sein de laboratoires privés. Environ un quart d'entre eux sont des médecins et les trois quarts des pharmaciens. Ils sont répartis sur 4 000 sites sur toute la France avec une densité de 6,2 laboratoires pour 100 000 habitants ¹ (cf. carte 1). La densité moyenne de biologistes recouvre des disparités territoriales importantes en faveur des grandes villes et du Sud de la France. Pour mémoire, l'autorisation d'installation des laboratoires n'est pas dépendante de critères démographiques.

Le secteur de la biologie se structure autour de quatre modes d'organisation et de production différents :

- les laboratoires indépendants de taille moyenne et petite exerçant en proximité, c'est-à-dire au niveau local ville/campagne ;
- les réseaux de regroupements de laboratoires indépendants exerçant à l'échelle nationale. Ce mode d'organisation qui repose sur une logique de mutualisation de moyens et de service (centrale d'achat, service, qualité, juridique, etc.) est le plus répandu en France ;
- les 3 groupes européens. Il s'agit de chaînes de laboratoires détenus par des investisseurs financiers, où les biologistes n'exercent pas en libéral ;
- et les laboratoires spécialisés.

Le protocole d'accord sur la biologie médicale

L'assurance maladie et les syndicats signataires ont conclu un protocole d'accord en octobre 2013, mis en œuvre en avril 2014, visant à assurer à la profession des biologistes une stabilité économique sur trois ans et à garantir une croissance soutenable des dépenses de l'assurance maladie.

Les parties se sont accordées sur un objectif d'évolution des remboursements au titre de la biologie médicale de +0,25 % par an sur la période 2014-2016, les écarts à la hausse ou à la baisse par rapport à cette cible faisant l'objet d'ajustements tarifaires.

Ce protocole prévoit le développement de la maîtrise médicalisée en incitant les prescripteurs et les biologistes à éviter la réalisation d'examens redondants pris en charge par l'assurance maladie. 30 M€ d'économies sont attendus de cette maîtrise des volumes en 2016.

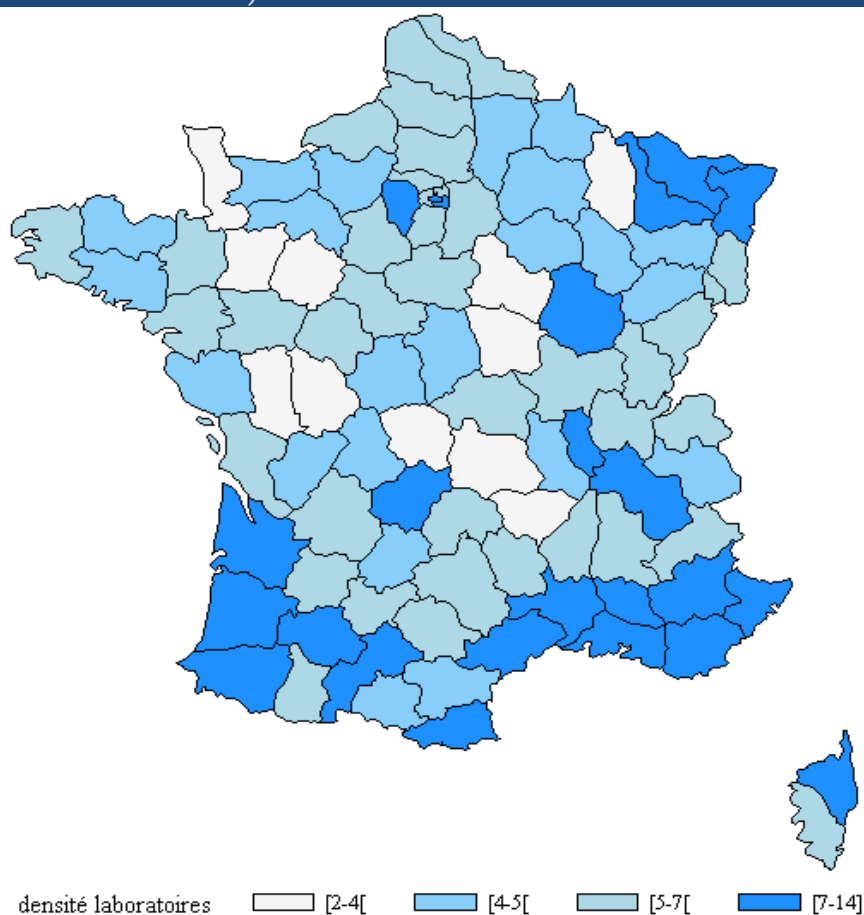
Enfin, les signataires du protocole ont convenu de développer la simplification administrative à l'aide de la télétransmission et de la numérisation des ordonnances.

Une amélioration du suivi des patients sous traitements par anti-vitamine K est également prévue par ce protocole. Le suivi de ces patients constitue un véritable enjeu de santé publique car on estime à 17 300 le nombre d'hospitalisations et à 4 000 décès chaque année liés à la consommation d'anticoagulants oraux. Par conséquent, ils constituent la première cause de iatrogénie médicamenteuse² en France.

¹ 6,2 laboratoires en France métropolitaine et 5,6 laboratoires pour 100 000 habitants en Outre mer.

² La iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments. Elle regroupe des symptômes très divers depuis la simple fatigue jusqu'à l'hémorragie digestive ou la fracture de la hanche.

Carte 1 • Densité des laboratoires d'analyses médicales privés par département en 2013 (Nombre de laboratoires pour 100 000 habitants)



Source : SNIR 2013

Tableau 1 • Les 15 actes hors actes de « dispositions générales » les plus remboursés en 2013

Libellé de l'acte	Montant remboursé 2013 * (M€)	Nombre d'actes 2013 (en millions)	Part de l'acte dans les dépenses en 2013	Part de l'acte dans le volume en 2013
HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS, NFP)	241	37	11%	8%
SANG : EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE	99	17	4%	4%
EXAMEN MICROBIOLOGIQUE URINES (ECBU)	97	8	4%	2%
INR : TEMPS DE QUICK EN CAS DE TRAITEMENT PAR AVK	72	15	3%	3%
25-HYDROXYCHOLECALCIFEROL (25-OHD3) (DOSAGE) (SANG)	71	7	3%	2%
Thyréostimuline -T.S.H. (SANG)	70	11	3%	3%
HBA1C (DOSAGE) (SANG)	70	9	3%	2%
SANG : IONOGRAMME (NA+K+ EVENTUELLEMENT CL)	66	20	3%	5%
FERRITINE (DOSAGE) (SANG)	58	8	3%	2%
TRANSAMINASES (TGO + TGP, ALAT + ASAT ...) (SANG)	51	21	2%	5%
CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	46	17	2%	4%
PEPTIDES NATRIURETIQUES (ANP, BNP, NT-PROBNP) (DOSAGE) (SANG)	39	2	2%	0%
INFECTION A VIH : SD DE DEPISTAGE	38	3	2%	1%
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) : DEPISTAGE	34	4	2%	1%
ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE (PSA) (DOSAGE) (SANG)	34	4	2%	1%
Total des 15 premiers actes	1 085	182	49%	41%
Ensembles des actes	2 232	441	100%	100%

Source : DCIR – Régime général, France Métropolitaine, *Données CNAMTS non publiées

4.2 L'activité des séances en établissements de santé

Bien que très disparate en terme de contenu, l'activité de séances en établissement de santé, regroupée au sein de la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 28 de la classification des séjours rassemble essentiellement trois segments d'activité : la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie¹ (cf. graphique 1). Certains types de séances, plus spécifiques, complètent le champ : les transfusions, l'oxygénothérapie (par caisson hyperbare) et les aphéreses sanguines.

Les séances représentent une part très importante du nombre total de séjours tarifés à l'activité (8,5 millions de séances en 2013 soit 30% du nombre de séjours). La croissance, soutenue (+21% entre 2009 et 2013), du nombre de séances explique par ailleurs plus de la moitié de l'augmentation du volume total de séjours depuis 2009. Compte tenu toutefois d'un prix moyen relativement plus faible comparé aux autres séjours, leur poids en termes économiques s'avère plus faible. En témoignent la faible part des séances dans la masse financière totale des montants valorisés au titre des séjours MCO (7% en 2013, soit 2,7 Md€) ainsi que la contribution très modeste des séances à la croissance des montants d'assurance maladie versés aux établissements de santé au titre de l'activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (17%)

La forte croissance de l'activité de séances constatée sur la période récente est à relier au vieillissement de la population et aux facteurs épidémiologiques. En effet, la chimiothérapie et la dialyse sont des activités qui augmentent avec l'âge comme le montre l'évolution récente de la prévalence des affections de longue durée (ALD) pour cause de tumeur maligne (+3,5% en moyenne par an entre 2009 et 2012) ou de néphropathie chronique grave (+9,5%). En outre, la prise en charge en cancérologie a connu d'importantes évolutions en termes de politique de dépistage et de progrès diagnostiques et thérapeutiques².

Le secteur public joue un rôle prépondérant et renforce sa prédominance

Tous établissements anciennement financés par dotation globale (ex-DG) confondus, les secteurs public et privé non lucratif tiennent une place prépondérante sur le segment d'activité « séances » puisqu'ils accueillent 66% du nombre de séances totales (un peu moins de 70% de la masse financière associée), tous types de séances confondus³ (cf. graphique 2). Ce chiffre est à comparer à la part de l'activité totale (tous séjours confondus) réalisée au sein du secteur ex-DG, stable sur la période, qui s'élève à 58%.

Bien que l'activité de séances ait évolué à un rythme soutenu depuis 2009, avec une croissance en nombre de séjours de +4,8% en moyenne par an (+21% entre 2009 et 2013), identique au sein des secteurs public et privé, on constate que la dynamique n'est pas homogène entre catégories d'établissements et entre chaque type d'activité.

Un relatif désengagement sur la chimiothérapie du secteur privé lucratif ...

Si le nombre de séances de chimiothérapie a évolué au même rythme que le nombre total de séances, cette augmentation a été essentiellement portée par le secteur public dont la part de marché est passée de 67% en 2009 à 72% en 2013. La prise en charge de cette activité s'est développée au sein des centres hospitaliers universitaires (+2 points) et des centres hospitaliers (+3 points). Elle est restée stable au sein des établissements privés à but non lucratif (EBNL) et des centres de lutte contre le cancer (CLCC, cf. graphique 3).

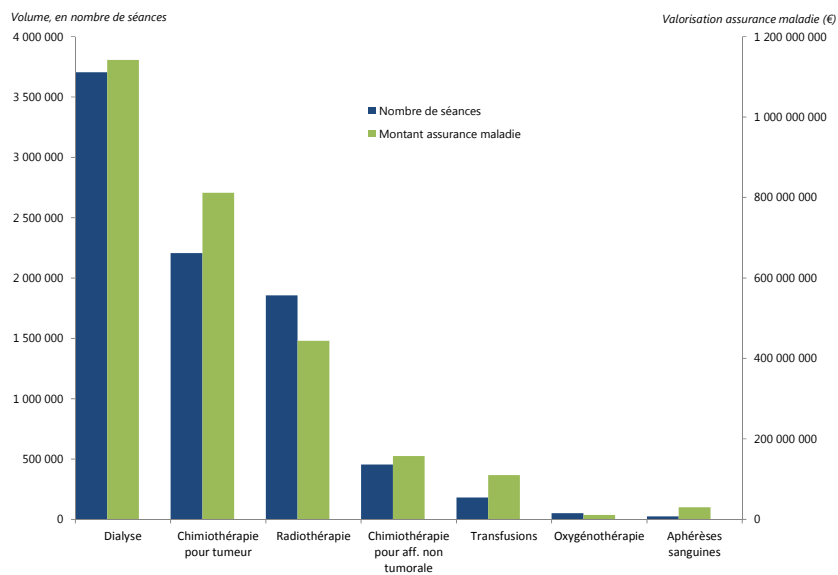
A l'inverse on constate sur ce segment d'activité une baisse de la participation du secteur privé lucratif (ex-OQN), dont la part de marché est passée de 33% en 2009 à 28% en 2013. Ce retrait est particulièrement prononcé sur le segment de la chimiothérapie pour tumeur. Dans le même temps, la part de marché du secteur privé non-lucratif sur les séances pour affections non tumorales est passée de 7,5% en 2009 à 8,7% en 2013.

¹ Hors séances de radiothérapie dans le secteur privé ex-OQN, financées sur l'enveloppe « Soins de ville ».

² L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision. IGAS, septembre 2013.

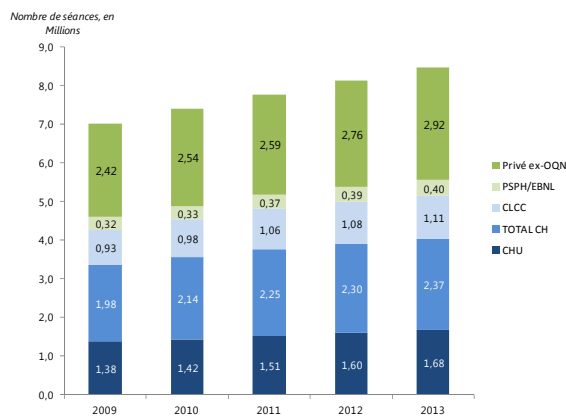
³ S'agissant de la dialyse, les chiffres présentés ici ont été retraités afin de tenir compte de l'impact du passage à la facturation en séjours de séances de dialyse en centre auparavant facturées sous forme de forfaits (les forfaits « D ») au sein des établissements du secteur ex-OQN (cf. notice technique du 01 mars 2013, ATIH).

Graphique 1 • La CMD 28 en 2013, en volume et en valeur



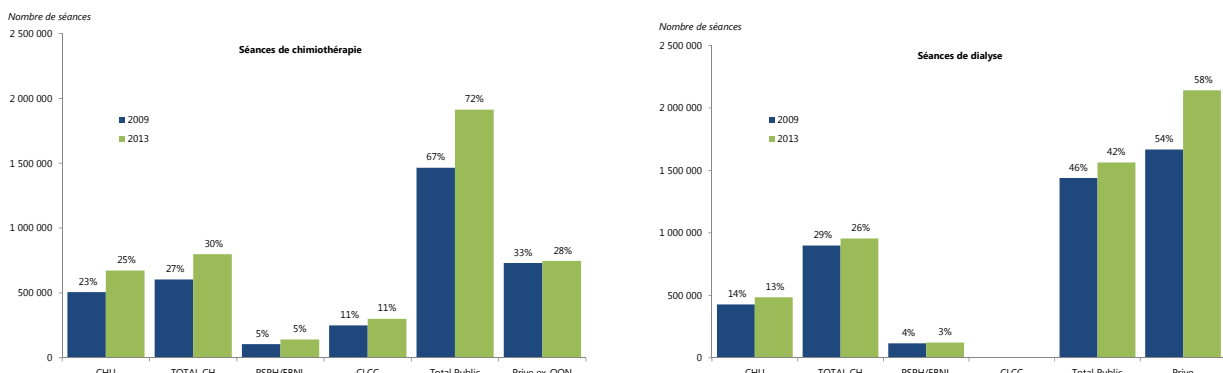
Source : ATIH / Retraitements DSS/6B

Graphique 2 • Evolution du nombre de séances par catégorie d'établissements entre 2009 et 2013



Source : ATIH / Retraitements DSS/6B

Graphique 3 • Evolution du nombre de séances de chimiothérapie et de dialyse entre 2009 et 2013, par catégorie d'établissements



Note de lecture : en 2009, 500 000 séances de chimiothérapie ont été réalisées dans les CHU, soit 23 % du total pour ce type de séances

Source : ATIH / Retraitements DSS/6B

... qui semble se recentrer sur ses activités « historiques »

Le secteur privé ex-OQN, historiquement positionné sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale *via* un réseau très dense au niveau national de structures de dialyse (associations), prend en charge une part très importante des séances de dialyse (y compris les séances d'entraînement à la dialyse). Cette prise en charge s'est amplifiée au cours des dernières années puisque sa part de marché est passée de 54% en 2009 à 58% en 2013. Cette progression s'est faite notamment au détriment des centres hospitaliers, essentiellement ceux de moyenne taille (budget compris entre 20 et 70 M€) et grande taille (budget supérieur à 70 M€).

Enfin, en ce qui concerne la radiothérapie au sein du secteur public, qui reste une activité phare des CLCC, on constate un développement plus marqué de cette activité au sein des CH de taille moyenne ainsi que dans les EBNL. Le reste des activités présentes au sein de la CMD 28 est essentiellement assuré par les établissements du secteur public qui réalisaient 90% des transfusions en 2013, 100% des aphèreses sanguines et 76% des séances d'oxygénothérapie.

L'activité de séances du secteur public est de mieux en mieux valorisée

Bien que le secteur public et le secteur privé ex-OQN aient connu une croissance du nombre de séances identique entre 2009 et 2013 (+4,8% en moyenne par an contre +2,5% pour l'ensemble des séjours), les montants d'assurance maladie versés aux établissements de santé au titre de l'activité de séances a crû de 6% en moyenne par an dans le premier, contre 4,5% dans le second (cf. graphique 4).

L'étude de la structure d'activité en volume économique (case-mix valorisé) permet de différencier chaque catégorie d'établissements en fonction de la contribution plus ou moins forte des séances dans l'activité totale. Ainsi, eu égard à la place de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans les traitements contre le cancer, le poids des séances dans l'activité totale des CLCC est de loin supérieur au poids observé dans les autres catégories d'établissement. Alors qu'ils ne représentaient que 2,5% des séjours en 2013, les CLCC réalisent 13% des séances sur le plan national. A titre d'exemple, en consacrant 63% de son activité de séances à la radiothérapie, les CLCC totalisent la moitié des séances de radiothérapie (publique).

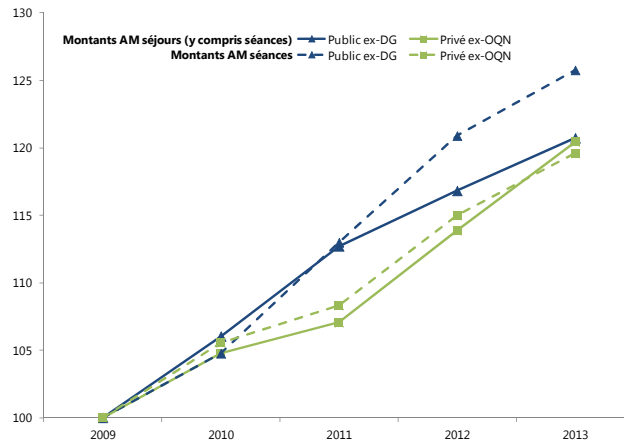
Les séances constituent également pour les établissements privés ex-OQN une part non négligeable de leur activité : ils représentaient 31% des dépenses de séances en 2013, et 20% en termes d'activité totale. Ce secteur, dont l'activité de séances est de plus en plus majoritairement tournée vers l'hémodialyse, consacre toutefois un quart de son activité de séances à la chimiothérapie.

A l'inverse, certains établissements sont relativement peu tournés vers les séances au regard de leur activité totale financée en groupes homogènes de séjours (GHS). Il s'agit en particulier des CH de taille moyenne (5% du montant des séances, 12% de l'activité totale en 2013).

Enfin, caractérisés par un haut degré de technicité doublé d'une contrainte de polyvalence, les CHU représentaient en 2013 22% des dépenses de séances, tandis que leur part dans l'ensemble des séjours s'élevait à 31%. En 2013, une séance de chimiothérapie sur quatre est réalisée au sein d'un CHU. Ce ratio passe à plus de 50% s'agissant des chimiothérapies pour affection non tumorale.

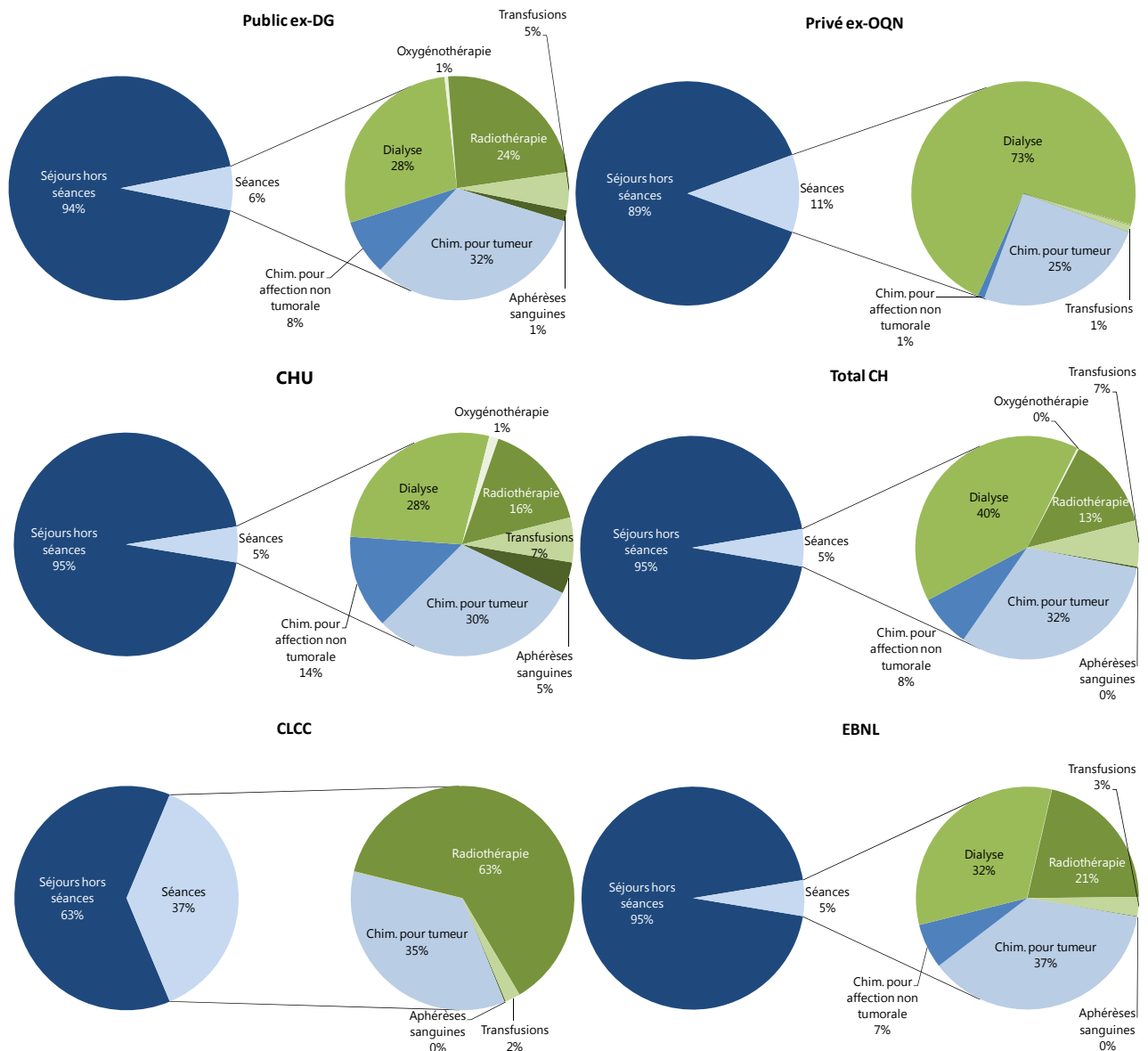
Si l'évolution de la répartition des parts de marché peut expliquer une partie de l'écart constaté entre la valorisation des séances du secteur public et celle du secteur privé en 2013, il convient également de tenir compte des baisses du tarif moyen des séances d'hémodialyse pour lesquels le secteur privé ex-OQN est majoritaire (-4,5% sur la période). Concomitamment, l'accélération des radiations de molécules onéreuses de la liste en sus s'est accompagnée d'une revalorisation des GHS de chimiothérapie (+3,5% entre 2009 et 2013), en lien avec la réintégration dans leurs tarifs de ces molécules effectuée sur la base du médicament générique. Entre 2010 et 2012, les dépenses au titre des chimiothérapies pour affection tumorale ont ainsi augmenté de 4,8 % en moyenne par an, mais seulement de +1,8 % en y ajoutant les dépenses de médicaments antinéoplasiques inscrits sur la liste en sus. Le net rebond des dépenses de molécules onéreuses associées aux chimiothérapies observé en 2013 a bénéficié au secteur public, qui a renforcé ses parts de marché sur la période récente.

Graphique 4 • Évolution du nombre de séances et des montants Assurance maladie liés aux séances entre 2009 et 2013, par secteur (indice base = 100, 2009)



Source : ATIH / Retraitements DSS/6B

Graphique 5 • Répartition de la valorisation du case-mix en 2013, par catégorie d'établissement



Source : ATIH / Retraitements DSS/6B

4.3 Etat des lieux de l'offre de soins de psychiatrie

Avec la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie, est le troisième poste de dépenses hospitalières. Ce champ d'activité, qui comporte une dimension de santé publique marquée présente des caractéristiques différentes des autres disciplines.

Les patients sont essentiellement pris en charge en ambulatoire par les établissements de santé. L'offre de soins psychiatriques est majoritairement publique (70% des capacités en lits et places en 2012). Les capacités d'hospitalisation à temps plein ont sensiblement diminué depuis une trentaine d'années au profit de l'augmentation des places d'hospitalisation à temps partiel, portée principalement par les établissements privés, ceux-ci ne représentant cependant qu'une faible fraction de l'hospitalisation à temps partiel.

Au cours de ces dernières années, seul le secteur privé lucratif a vu ses capacités s'accroître dans un cadre budgétaire contraint. Si la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) sur le champ de la psychiatrie n'est pas envisagée à court terme, la prise en charge psychiatrique est de mieux en mieux documentée depuis l'introduction en 2006 du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P).

Une offre de soins plurielle, majoritairement publique et essentiellement tournée vers la prise en charge en ambulatoire

Si la France se trouve être relativement bien dotée dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale, elle le doit autant à ses capacités d'accueil, qui la placent dans la moyenne des autres pays européens (cf. graphique 1), qu'à l'organisation en réseau de son offre hospitalière publique, fondée sur le « secteur » psychiatrique¹.

Trois modes de prise en charge en psychiatrie peuvent être distingués selon leur fréquentation (cf. tableau 2) : l'ambulatoire (90% de la file active en 2012), la prise en charge à temps complet (25%) et enfin le temps partiel (8%) un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs types de pris en charge. En 2012, 57% de la file active était exclusivement ambulatoire. Cette prise en charge relève essentiellement de consultations en centres médico-psychologiques (CMP) qui sont des unités de soins également chargées de l'accueil et de la coordination et qui, rattachés à un centre hospitalier, dépendent du secteur public

La prise en charge à temps complet se compose à 95% de l'hospitalisation à temps plein réalisée par les centres hospitaliers (CH et CHU 20%), les centres hospitaliers spécialisés (CHS 45%), le secteur privé non lucratif (12%) et les établissements privés à but lucratif (23%). Elle est en principe réservée à la gestion des situations aiguës. Les autres modalités d'accueil (12% des lits et places de la prise en charge à temps complet) regroupent les centres de post-cure, l'hospitalisation à domicile, l'appartement thérapeutique et l'accueil familial thérapeutique (cf. tableau 1).

Enfin, la prise en charge à temps partiel s'effectue au sein des hôpitaux de jour, des hôpitaux de nuit et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

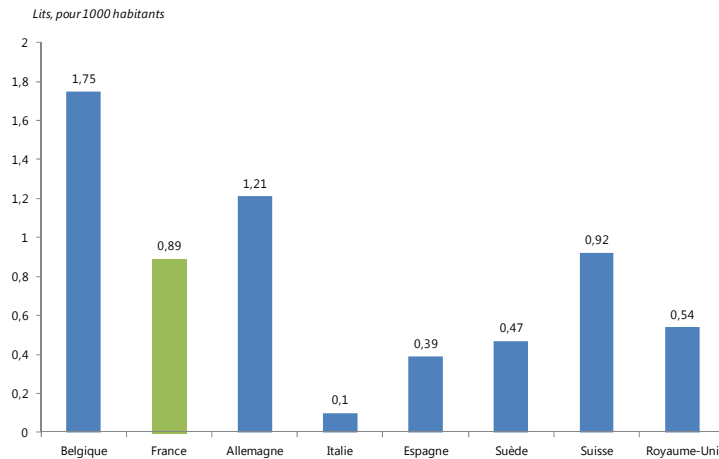
L'activité reste essentiellement réalisée au sein du secteur public

L'activité de psychiatrie en établissement de santé est réalisée essentiellement au sein des établissements publics et privés à but non lucratif, et ce quel que soit le mode de prise en charge. En 2012, la quasi-totalité des actes ambulatoires était réalisée dans le secteur public (cf. tableau 2). Toutefois, la prédominance du secteur public décroît à mesure que la prise en charge est de plus en plus complète. Ainsi, les établissements privés à but lucratif accueillaient 7% des journées d'hospitalisation partielle en 2012, 24% des journées d'hospitalisation à temps plein et 30% des séjours de post-cure.

S'agissant des capacités en hospitalisation à temps plein, le dynamisme du secteur privé lucratif sur la période récente (+14%) a induit une évolution positive des capacités globales (+1%).

¹ Unité géographique de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), tout en maintenant la politique de sectorisation, a cherché à intégrer celle-ci dans une vision plus globale de la santé.

Graphique 1 • Lits de psychiatrie pour 1000 habitants en France et en Europe



Source : OCDE

Tableau 1 • Capacités d'accueil en psychiatrie (générale et infanto-juvénile) en 2012, par secteur

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Total	
	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012	Effectifs	Évolution 2008 - 2012
Prise en charge hospitalière								
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein (lits)	37 689	-2%	7 353	-6%	12 907	+14%	57 949	+1%
Placement familial thérapeutique (places)	3 286	-7%	245	-13%	0		3 531	-8%
Accueil en appartement thérapeutique (places)	854	-5%	186	-28%	12		1 052	-9%
Accueil en centre de post cure (lits)	593	-5%	621	-14%	307	-36%	1 521	-17%
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (places)	356	+62%	30	+150%	6	-73%	392	+54%
Hospitalisation à domicile (places)	809	-15%	77	+450%			886	-8%
Prises en charge à temps partiel								
Hospitalisation de jour (places)	21 333	+2%	4 895	-26%	1 051	+91%	27 279	-3%
Hospitalisation de nuit (places)	1 098	-11%	270	-7%	82	+156%	1 450	-7%
Accueil en CATT et ateliers thérapeutiques (nombre de structures)	1 734	-67%	194	-76%			1 928	-68%
Prise en charge ambulatoire								
Centre Médico-Psychologique (CMP) et autres prise en charge ambulatoire (structures)	3 038	-48%	404	-9%	5		3 447	-45%

Source : DREES SAE 2008 et 2012

Tableau 2 • Répartition de l'activité de psychiatrie par type de structure en 2012, par secteur

	Nombre de journées ou d'actes ambulatoires						Nombre de patients distincts ⁽¹⁾					
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Prise en charge hospitalière	18 160 054	68%	3 468 355	13%	4 904 807	18%	356 633	69%	57 524	11%	104 242	20%
Prises en charge à temps complet	13 114 906	65%	2 351 896	12%	4 569 525	23%	260 208	65%	40 552	10%	97 874	25%
Hospitalisation à temps plein	11 792 687	64%	2 135 036	12%	4 447 585	24%	243 242	64%	38 954	10%	96 272	25%
Placement familial thérapeutique	798 279	93%	59 337	7%	0	0%	3 181	92%	268	8%	0	0%
Accueil en appartement thérapeutique	151 890	76%	47 229	24%	0	0%	1 250	79%	333	21%	0	0%
Accueil en centre de post cure	142 756	41%	100 003	29%	101 948	30%	1 299	39%	743	22%	1 290	39%
Accueil en centre de crise	68 238	76%	2 156	2%	19 956	22%	15 101	88%	121	1%	1 858	11%
Hospitalisation à domicile	161 056	95%	8 135	5%	36	0%	1 433	88%	191	12%	2	0%
Prises en charge à temps partiel	5 045 148	78%	1 116 459	17%	335 282	5%	142 831	81%	23 388	13%	10 267	6%
Hospitalisation de jour	3 543 557	75%	884 362	19%	321 061	7%	77 148	75%	15 825	15%	9 969	10%
Hospitalisation de nuit	110 022	57%	69 646	36%	14 221	7%	3 208	70%	656	14%	751	16%
CATT	1 391 569	90%	162 451	10%	0	0%	76 915	90%	8 406	10%	0	0%
Prise en charge ambulatoire	16 066 096	89%	2 009 500	11%	13 958	0%	1 662 655	89%	214 562	11%	136	0%
Centre Médico-Psychologique (CMP)	10 810 984	88%	1 442 151	12%	52	0%	1 119 885	88%	157 940	12%	4	0%
Autres structures d'ambulatoire	5 255 112	90%	567 349	10%	13 906	0%	812 556	90%	91 104	10%	134	0%
Total toutes prises en charge	34 226 150	77%	5 477 855	12%	4 918 765	11%	1 751 808	84%	237 111	11%	104 307	5%

Source : ATIH / Base nationale RIM-P. (1) Un patient pouvant être comptabilisé dans plusieurs modes de prise en charge, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

L'augmentation du recours à la psychiatrie s'inscrit dans un cadre budgétaire contraint

L'intensification de l'activité est davantage liée à des causes organisationnelles qu'épidémiologiques

Caractérisée par un taux d'occupation des lits élevé (près de 90% en 2012) en progression ces dernières années, l'activité de psychiatrie en établissement de santé a également été marquée par un raccourcissement de la durée moyenne de séjour passant de 29,6 jours en 2007 à 28,8 jours en 2012. La progression du taux de recours aux soins psychiatriques à temps complet ou partiel, (360 journées pour 1000 habitants en 2008 à 402 en 2012) ainsi que celle du taux de recours à une prise en charge ambulatoire (217 actes pour 1000 habitants en 2008 à 273 en 2012), laissent à penser, au regard de la faible évolution des capacités sur la même période, que l'activité de psychiatrie s'est nettement intensifiée. Ce taux national et son évolution masquent néanmoins de fortes disparités constatées au niveau régional et interrégional (cf. graphiques 2). Un début de rééquilibrage interrégional apparaît toutefois : les régions dont les taux de recours sont relativement élevés ont vu celui-ci croître faiblement voire diminuer (Limousin, Bretagne, Aquitaine) et inversement (Poitou-Charentes, Pays de Loire, Picardie). Ce recours accru aux structures de soins de psychiatrie ne peut être imputé à des causes épidémiologiques. Des causes organisationnelles peuvent également être invoquées. En particulier, le manque de solutions en amont et en aval de la prise en charge pourrait également expliquer l'augmentation du taux de recours à travers l'allongement de la durée des séjours prolongés (ou la répétition de ceux-ci) et le recours accru à l'hospitalisation sous contrainte¹.

Un financement sous forme de dotations qui maintient les disparités existantes

Le financement des activités de soins en psychiatrie est assuré, pour les établissements publics et privés à but non lucratif, par une dotation annuelle de financement (DAF) et par un objectif quantifié national (OQN) qui regroupe des établissements privés à but lucratif et non lucratifs. Ensemble, ces deux dotations représentaient, avec 9,4 Md€ en 2013, un peu plus de 12% des dépenses totales d'assurance maladie versées aux établissements de santé (cf. graphique 3). En sus de ces dotations, les établissements MCO reçoivent des financements au titre des séjours de psychiatrie financés au sein du court séjour par les groupes homogènes de séjours (GHS)². Ces quelques 480 000 séjours représentaient une masse financière totale (secteurs public et privé confondus) d'un peu moins de 850 M€ en 2013 (un peu plus de 2% de la valorisation de l'ensemble des séjours MCO).

Les dépenses d'assurance maladie versées aux établissements de santé au titre du financement de la psychiatrie ont été marquées, sur la période récente, par une croissance faible, dans un contexte de dépenses contraint. (cf. graphique 4). Ainsi, entre 2007 et 2013, les dépenses de soins psychiatriques en établissement de santé ont augmenté de 2,2% en moyenne par an. Ce taux de croissance est légèrement tiré vers le haut par l'OQN PSY qui a augmenté de 4% en moyenne par an sur la période mais qui compte tenu de son faible poids ne contribue que pour 0,2 point à la croissance totale.

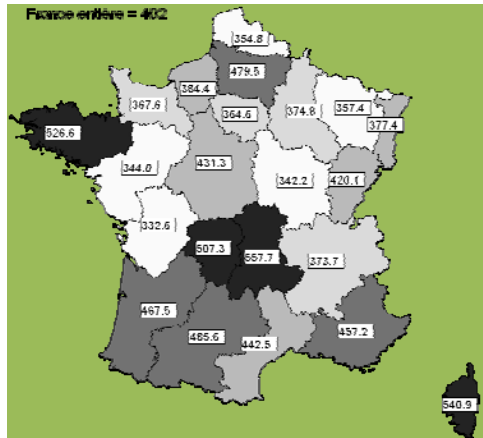
Tout comme le taux d'équipement et le taux de recours aux soins sont très disparates d'une région à l'autre et d'un territoire de santé à l'autre, le montant de la DAF psychiatrie par habitant varie d'une région à l'autre (de 101€ par habitant à 177 €). Les régions disposant d'une offre en lits plus élevée présentent un taux de recours à l'hospitalisation également plus élevé et une dotation par habitant significative. Ces régions sont ciblées en priorité par les mesures de péréquation inter-régionale afin de diminuer l'écart à la moyenne des dotations régionales et faire évoluer l'offre de soins vers les alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

¹ L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005 – 2010). Rapport public thématique, Cour des Comptes, décembre 2011.

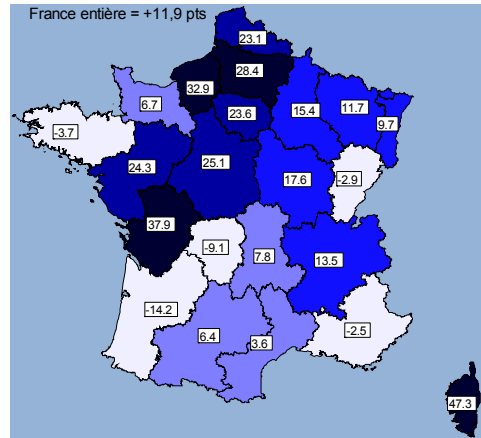
² Il s'agit de séjours pris en charge par des établissements n'ayant pas d'autorisation en psychiatrie.

Graphique 2 • Taux de recours régionaux en 2012 et évolution du taux de recours entre 2008 et 2012

Taux de recours standardisés régionaux pour 1000 habitants

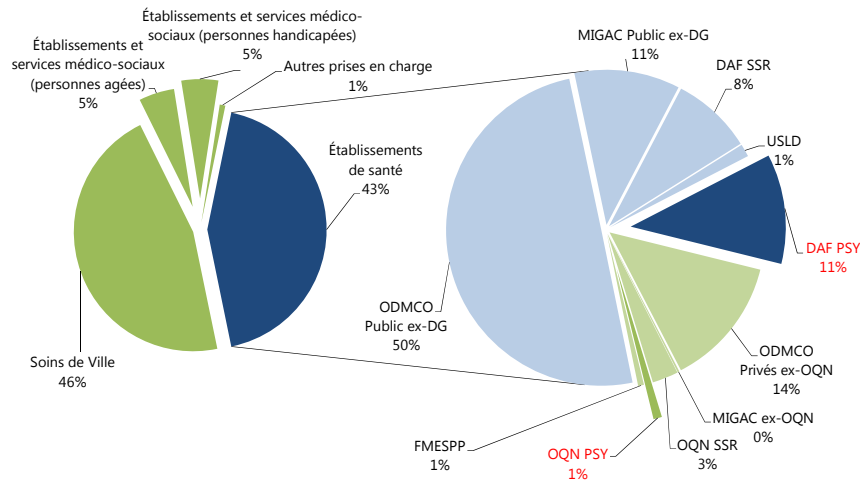


Évolution du taux de recours (2008 – 2012)



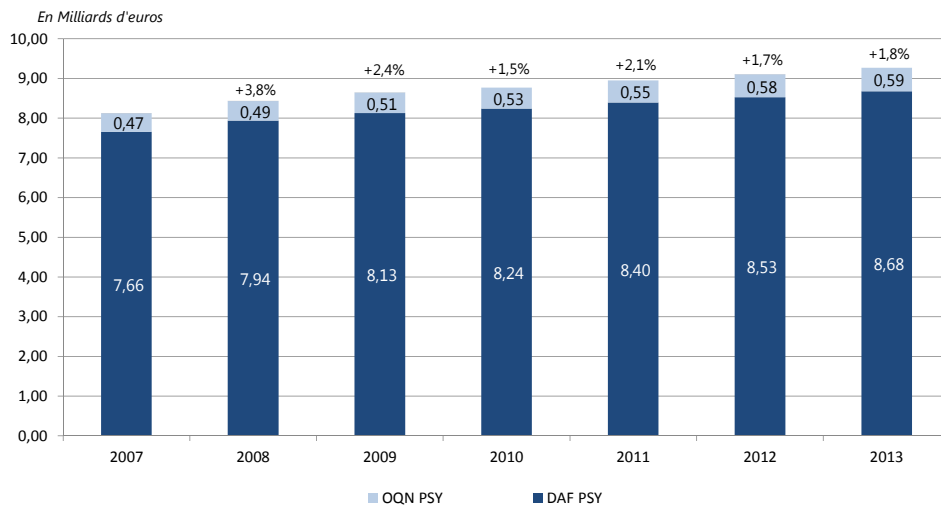
Source : ATIH

Graphique 3 • Répartition de l'ONDAM par sous-objectif et décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2013 (réalisations)



Source : ARBUST (ATIH) et CNAMTS / DSS

Graphique 4 • Évolution de la DAF PSY et de l'OQN PSY depuis 2007



Source : ARBUST (ATIH) et CNAMTS / DSS

4.4 La régulation du prix des médicaments en Allemagne

La loi relative à la restructuration du marché pharmaceutique (AMNOG), adoptée en novembre 2010 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011, a modifié le système allemand de régulation des dépenses pharmaceutiques antérieur qui ne permettait pas jusqu'alors aux caisses d'assurance-maladie de négocier les prix. Les entreprises pharmaceutiques sont désormais contraintes de négocier les prix de remboursement avec l'assurance maladie pour les médicaments innovants sur la base de leur efficacité. D'autres mesures, adoptées en juin 2010, imposent des rabais obligatoires plus importants aux fabricants et un gel ponctuel des prix. L'ensemble de ces mesures, visant à contenir la hausse des prix des médicaments remboursables, semblent commencer à produire les effets escomptés. En 2013, si les prix avant remises des princeps allemands demeurent plus élevés qu'en France¹, on observe toutefois une quasi-stagnation des dépenses qui n'augmentent en valeur, que de 0,7% (contre 3,1% en 2010) pour atteindre 29,2 Md€.

En 2011, le système de régulation des prix introduit des changements structurels et des mesures ponctuelles

La loi AMNOG stipule que l'efficacité additionnelle d'un médicament innovant doit désormais être démontrée avant la fixation de son taux de remboursement

La réforme du système de régulation des prix des médicaments remboursables vise à encourager un meilleur contrôle des prix (cf. graphique 1). Pour les médicaments contenant un nouveau principe actif, mis sur le marché après le 1^{er} janvier 2011, les laboratoires pharmaceutiques sont désormais obligés de produire un dossier scientifique démontrant l'amélioration du service médical du produit par rapport aux traitements alternatifs. Après instruction de ce dossier, le *Joint Federal Committee* (G-BA)² doit statuer sur la valeur ajoutée du produit mis sur le marché dans un délai de 12 mois. Par ailleurs, il peut solliciter l'institut pour la qualité et l'efficacité des services de santé (IQWiG)³ pour examiner le dossier et les éventuelles contestations. A l'issue de sa décision, deux procédures peuvent être mises en œuvre (cf. schéma)⁴.

- Si le médicament n'apporte pas d'efficacité additionnelle par rapport aux traitements équivalents sur le marché, la procédure du « prix de référence » (*festbeträge*) est maintenue. L'assurance maladie (GKV) peut alors fixer le montant remboursé de ce médicament, en valeur absolue, en fonction d'un groupe de médicaments comparable ou « *Jumbo groups* » (cf. encadré 1). Les patients doivent *in fine* payer l'éventuelle différence entre ce prix de référence et le prix de vente au détail lorsque ce dernier est supérieur. La règle *aut-idem*, instituée en 2002, impose néanmoins au pharmacien de substituer des produits équivalents moins coûteux, sauf indication contraire du médecin prescripteur.
- A l'inverse, si le médicament démontre une valeur ajoutée clinique, son niveau de remboursement fait l'objet de négociations entre l'Association fédérale des caisses d'assurance maladie et les laboratoires pharmaceutiques, en collaboration avec l'Association des compagnies d'assurances santé privées. L'Allemagne privilégie alors la négociation d'un montant maximal de remboursement (et non du prix comme en France), déterminé sur la base du critère scientifique donné par le G-BA. Durant la première année après l'autorisation de mise sur le marché, le laboratoire pharmaceutique peut cependant fixer librement le prix du produit, alors même que les négociations sont en cours. Si aucun accord n'est trouvé à l'issue de ce délai, une commission d'arbitrage fixe le montant de remboursement qui s'appliquera dès le treizième mois, après la mise sur le marché du produit. Chacune des parties peut faire appel de la décision en demandant au G-BA une évaluation coût-efficacité pouvant *in fine* modifier le prix du médicament.

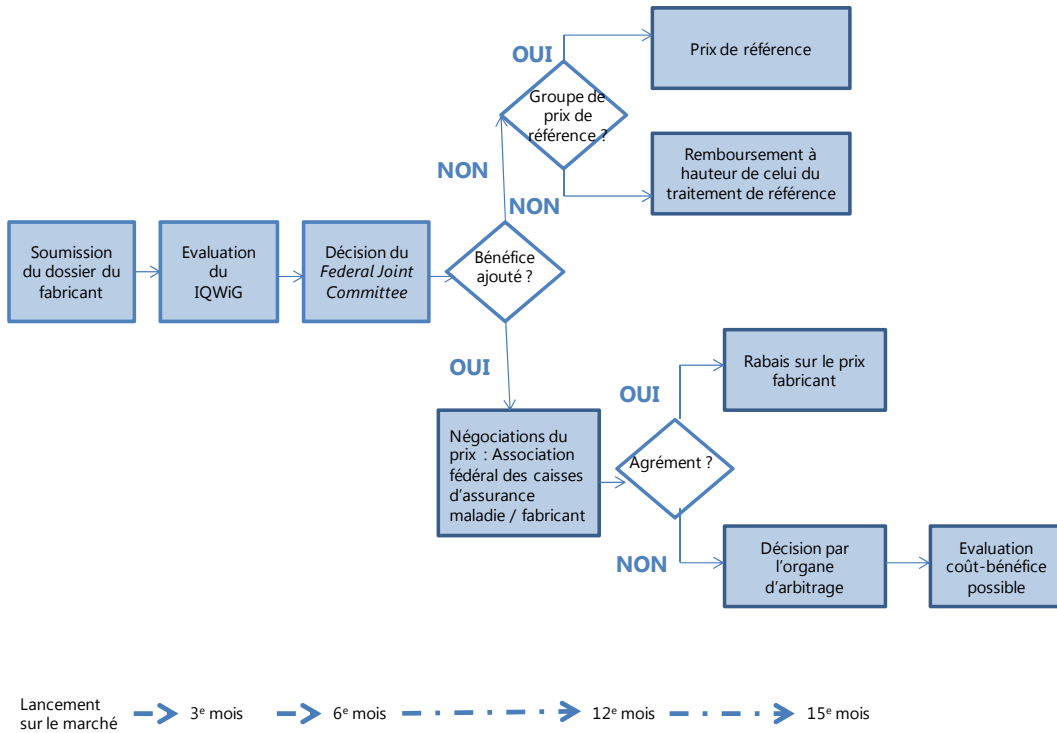
¹ Rapport d'activité 2012 du Comité économique des produits de santé, calcul ne tenant pas compte d'une structure de consommation en Allemagne moins onéreuse.

² Le Comité fédéral conjoint (Gemeinsame Bundesausschuss – G-BA) est chargé, d'une part, de produire des recommandations sur la prise en charge par l'assurance maladie et d'autre part, de produire des recommandations pour la pratique clinique.

³ L'Institut pour la qualité et l'efficacité des services de santé (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG), créé en 2004, est un organisme scientifique indépendant en charge de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des services et des produits de santé.

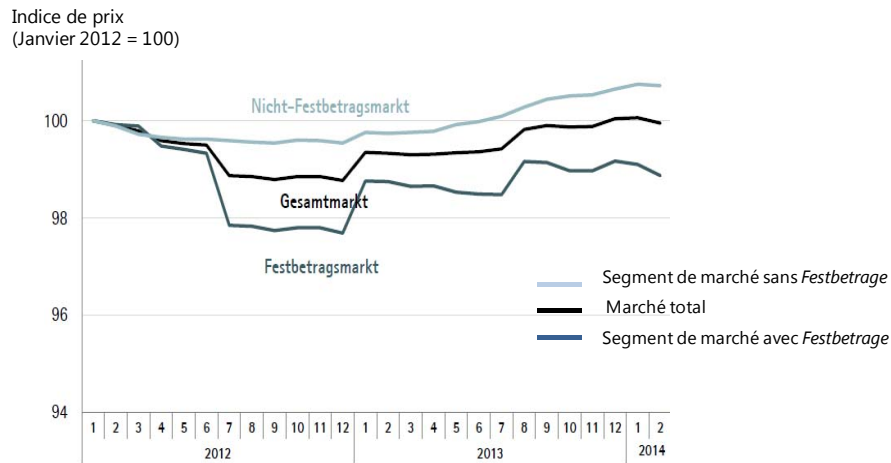
⁴ Structural changes in the German pharmaceutical market : Price setting mechanisms based on the early benefit evaluation, C. Henschke, L. Sundmacher, R. Busse, Health Policy, 2012.

Schéma • Arbre décisionnel du remboursement d'un médicament en Allemagne au 1^{er} janvier 2011



Source : Health policy developments¹

Graphique 1 • Indice de prix par segment de marché du médicament entre janvier 2012 et février 2014 (base 100 = janvier 2012)



Source : Wissenschaftliches Institut der AOK, février 2014

¹ Le schéma est extrait de Pharmaceutical reform 2010 in Germany: Striking a balance between innovation and affordability, D. Ognyanova, A. Zentner, R. Busse, Health Policy Developments.

En complément de ce nouveau système de fixation des prix, un moratoire sur les prix des médicaments et des mesures générales de rabais ont été votés en 2010

La loi a imposé, un moratoire sur les prix des médicaments remboursables, les prix devant rester fixés au niveau observé au 1^{er} août 2009 (ils étaient libres avant la réforme), ainsi qu'une hausse des rabais obligatoires (passant de 6% à 16%) qui sont consentis par les industriels sur les prix fabricants des produits remboursables et protégés par un brevet, mais non soumis à la liste des prix de référence. Les autres spécialités pharmaceutiques voient le montant des rabais obligatoires demeurer à leur niveau antérieur, soit 10% pour les génériques et 6% pour les préparations sous brevet, remboursés ou non, et non soumises aux prix de référence. Enfin, les grossistes répartiteurs doivent depuis 2011, consentir une réduction de 0,85% sur le prix de vente des produits pharmaceutiques, réduisant de fait le prix officinal. Les rabais imposés aux officines, par boîte de médicament remboursé et reversés aux caisses maladie, sont passés de 1,75€ à 2,05€.

La politique sur les génériques ainsi que le système actuel de régulation des prix des médicaments remboursables favorisent une quasi-stagnation des dépenses

Une politique des prix des génériques plus souple et une consommation plus importante

En Allemagne, aucune disposition n'impose une décote ou une baisse de prix lors de la mise sur le marché d'un médicament générique. Les pharmaciens achètent les médicaments génériques directement auprès des fabricants et sont remboursés par les assureurs publics et privés sur la base des prix de vente des fabricants¹. Les caisses d'assurance maladie négocient des contrats de remises, s'appliquant à plus de 60 % du marché des génériques, le plus souvent consécutifs à des procédures d'appels d'offres à l'échelle européenne. Enfin, des objectifs de prescriptions de préparations généricables par les médecins généralistes sont fixés (90,5%). Les ventes des médicaments sous ces contrats ont eu une croissance spectaculaire alors que les ventes de leurs concurrents diminuaient. Entre 2010 et 2013, la part des génériques dans les médicaments remboursables a progressé de 50 % à 75 % en Allemagne alors qu'elle diminuait de 24 % à 21% en France, en volume.

De nouvelles procédures de régulation prennent le relais des mesures ponctuelles

Les mesures transitoires de rabais consentis par les industriels et le moratoire sur les prix des médicaments remboursables semblent d'ores et déjà avoir eu un impact sur la croissance des dépenses en Allemagne. En termes réels, les dépenses par habitant ont diminué de 0,7% en moyenne entre 2009 et 2011 alors qu'elles augmentaient de 3,1% en moyenne sur la période 2000-2009 (cf. graphique 2). La nouvelle procédure de fixation des prix des nouveaux médicaments à valeur ajoutée clinique devrait prendre le relais de ces mesures ponctuelles de contrôle des prix en Allemagne. En juin 2012, le G-BA avait d'ores et déjà enregistré 30 demandes d'évaluation dans le cadre de la nouvelle législation. Sur les 29 premières demandes abouties, les baisses de prix ont atteint en moyenne 16 %, soit 180 M€ d'économies. Afin de consolider la maîtrise des dépenses de médicaments, le gouvernement a également décidé de maintenir le gel des prix jusqu'en 2017 pour les médicaments non soumis aux prix de référence. En contrepartie, au 1^{er} avril 2014, les rabais ont été ramenés de 16 % à 7%. Au total, selon le gouvernement, les économies annuelles attendues de la nouvelle procédure pourraient *in fine* s'élever à 2,2 Md€. Les prix fabricants (avant rabais) en Allemagne restent parmi les plus élevés d'Europe (cf. encadré 2). Néanmoins, les mesures de régulation des prix pourraient avoir un impact sur l'ensemble du marché du médicament européen, l'Allemagne servant de pays de référence dans la fixation des prix pour de nombreux autres pays, dont la France. Une étude sur quinze pays de l'Union européenne montre que la baisse de 1€ des prix de remboursement du médicament en Allemagne engendre une diminution de celui du médicament de 0,15€ en Autriche et de 0,36€ en Italie².

¹ Coût des génériques en Europe et mécanisme de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas, Sophie Delcroix-Lopes, Saskia van der Erf, Points de repère n°39, CNAMTS, novembre 2012.

² Impact of cross-reference pricing on pharmaceutical prices : manufacturers' pricing strategies and price regulation, T. Stargardt, J. Schreyögg, Applied Health Economics and Health Policy, 2006.

Encadré 1 • La politique des forfaits de remboursement en Allemagne

La politique des forfaits de remboursement ou *Festbeträge* consiste à définir un niveau unique de remboursement pour tous les produits dont les effets thérapeutiques sont considérés comme équivalents. Concrètement, les produits sont rassemblés dans des groupes, selon trois niveaux différents :

- Au niveau 1, les groupes sont formés de produits dont le principe actif est identique et dont la voie d'administration et/ou la biodisponibilité sont comparables ;
- Au niveau 2, les groupes sont formés de produits dont les principes actifs sont comparables sur le plan pharmacologique et thérapeutique ;
- Au niveau 3, les groupes sont constitués de produits dont l'effet thérapeutique est comparable.

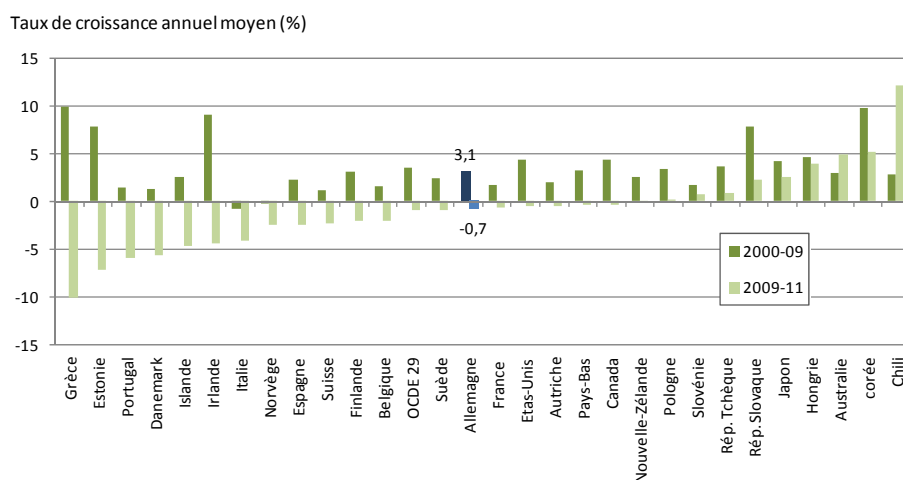
L'industrie pharmaceutique est particulièrement contrainte par deux éléments de la politique allemande qui sont d'une part, la possibilité d'inclure des médicaments brevetés dans des groupes, et d'autre part la formation de groupes de niveau 2 ou 3 (encore appelés « *Jumbo groups* »). De fait, ces deux éléments permettent de limiter les montants remboursés dans des classes thérapeutiques. Par exemple, en instaurant des forfaits de remboursement sur les classes des statines (anticholestérol) et des IPP (antiulcéreux) - au sein desquelles on trouve les médicaments les plus prescrits au niveau mondial - les caisses allemandes annoncent qu'elles ne rembourseront pas plus pour une nouvelle statine ou un nouvel IPP que le montant de remboursement qu'elles paient actuellement pour les molécules génériques de ces deux groupes.

Encadré 2 • Les marges et la TVA des médicaments en Allemagne en comparaison avec la France

• **Les marges des pharmaciens sur les prix des médicaments** : comme dans la plupart des pays de l'OCDE, les marges des distributeurs sont très encadrées en Allemagne. Depuis le 1er janvier 2012, les grossistes bénéficient d'une marge proportionnelle à hauteur de 3,15% du prix de la boîte ainsi qu'un montant fixe de 70 centimes par boîte (avec un montant plafond de 37,80€). De même, la marge que les pharmaciens peuvent facturer s'élève à 3% du prix d'achat auprès du grossiste auquel s'ajoute un montant fixe qui est passé depuis 2013 de 8,10€ à 8,35€ par boîte. Les marges des pharmaciens sont fixées en France et en Allemagne pour les médicaments sur ordonnance. En France, les pharmaciens bénéficient actuellement d'un forfait de 53 centimes par boîte et d'une marge dégressive selon le prix du médicament. Jusqu'à un prix de 22,90€, la marge s'élève à 26,10%, de 22,90€ à 150€, la marge est de 10% et enfin, au-delà, la marge s'établit à 6%. Les marges des pharmaciens allemands ont eu un impact important sur les prix des médicaments peu chers (leur prix est obligatoirement supérieur à 8,35€). Actuellement en France, pour les médicaments dont le prix est inférieur à 22,90€, la marge ne peut excéder 6,51€. A titre d'exemple, le prix de vente de l'antibiotique *Flammazine* est de 3,91€ en France contre 21,90€ en Allemagne. Compte tenu de ces structures de marges pharmaciens, la marge française sera supérieure à la marge allemande à partir d'un prix fabricant d'un montant supérieur à environ 58€.

• **La taxe sur la valeur ajoutée** : Le taux de TVA ou *Umsatzsteuer* prélevée sur le prix de chaque médicament par les grossistes ou les pharmaciens est de 19%, que le médicament soit remboursé ou non. La TVA allemande est donc plus élevée que la TVA française : le taux de TVA est fixé à 2,1%, pour les médicaments remboursés, et à 7% pour les médicaments en vente libre. Cette différence de TVA explique en partie les prix plus élevés constatés en Allemagne.

Graphique 2 • Variation des dépenses pharmaceutiques par habitant, en termes réels, 2000-11



Source : OCDE, *Panorama de la santé*, 2013

4.5 La réforme du National Health Service (NHS)

Entre 2000 et 2008, les dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, ont augmenté en Angleterre sensiblement plus vite que la moyenne des autres pays de l'OCDE (+5,3% en moyenne par an contre +4,1%). Elles ont ensuite diminué de -1,8% en moyenne par an entre 2009 et 2011 alors que la moyenne des pays membres a augmenté de 0,2% sur cette période. Dans un contexte financier contraint par le programme *Quality, Innovation, Productivity and Prevention* (QIPP), la loi sur la santé et les services sociaux, *The Health and Social Care Act*, portant réforme du système de santé, est adoptée le 27 mars 2012. Cette réforme, qualifiée de la plus importante depuis la création du *National Health Service* (NHS) en 1948, est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2013. Elle tente de concilier les progrès engendrés par la refonte structurelle du système et la logique de déconcentration de la gestion de l'enveloppe de soins. Le Gouvernement s'étant engagé à contenir le budget du NHS sur la période 2010-2015, et compte tenue de la croissance naturelle des dépenses de santé en termes réels de 2% par an, les économies cumulées attendues de la réforme devaient s'élever à 20 Md£ (24 Md€).

La réforme vise à faire évoluer le NHS vers un système décentralisé basé sur une logique d'économie de marché

La suppression de la hiérarchie décisionnelle en matière de gestion de budgets d'achat de soins

Sur le plan institutionnel, la réforme vise notamment à répondre aux critiques portant sur l'immobilisme et l'organisation managériale très hiérarchisée du système. Elle s'appuie sur une profonde refonte structurelle du système de santé anglais (cf. encadré 2). Le *NHS England*, qui gère près de 95 Md£ (116,7 Md€) du budget total de la santé, est créé. En tant qu'organisme indépendant du *Department of Health*, son rôle principal est d'assurer un leadership national pour améliorer la qualité des soins et les résultats de santé des résidents. Le *NHS England* a ainsi autorité sur les 211 *Clinical commissioning groups* (CCG) qui remplacent les 152 groupements de santé locaux, les *Primary Care Trusts* (PCT) et les 10 autorités de santé stratégiques régionales, les *Strategic Health Authorities* (SHA), anciennement chargées de l'achat et de la planification de soins pour leur population¹ (cf. schéma). Ces CCG sont constitués sur une base volontaire par un regroupement de cabinets de médecins généralistes et autres cliniciens sur une zone géographique. Ils sont chargés de la planification et de l'achat de prestations sanitaires pour leur bassin de population (soins hospitaliers, services de santé locaux, urgences, services de santé mentale) par contractualisation avec des prestataires publics (*NHS Trusts* ou *Foundation Trusts*) ou privés. Les CCG gèrent ainsi un budget d'achat de soins de 65 Md£ (79,8 Md€) qui leur est alloué par le *NHS England*. Pour autant, afin d'éviter de possibles conflits d'intérêt, le *NHS England* garde pour mission d'acheter des soins de santé primaires et certains soins spécialisés pour un montant total de 25 Md£ (30,7 Md€), dont 10 Md£ (12,3 Md€) pour les seuls médecins généralistes².

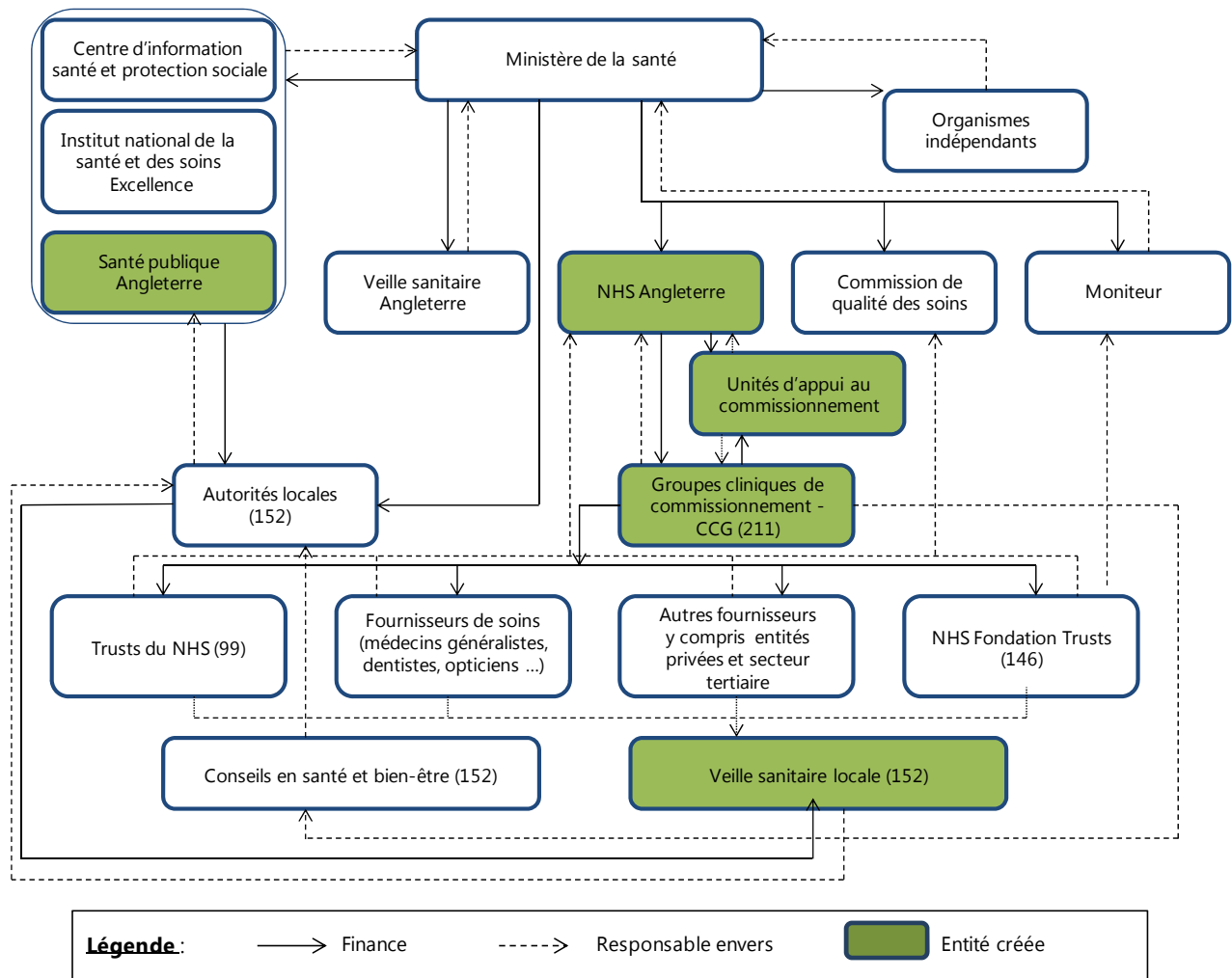
En outre, à partir de 2014-2015, un système de « primes à la qualité » (*quality premiums*), d'un montant *maximum* de 5£ par personne, est mis en place par le *NHS England* afin de récompenser financièrement les CCG qui ont obtenu des améliorations dans les services de santé qu'ils achètent, ainsi que des améliorations en termes de résultats de santé et de réduction des inégalités.³

La loi élargit également les fonctions de l'organisme de régulation existant, le Monitor, organisme gouvernemental non ministériel, chargé de protéger et de promouvoir les intérêts des personnes qui reçoivent des services de santé en s'assurant tant de leur qualité que de leur production efficace et efficiente. Au total, le nouveau système devrait, en principe, employer 34 200 personnes (dont près de 65% dans les entités créées) soit une réduction de 37% des effectifs par rapport à avril 2010.

¹ Le système de santé et d'assurance maladie en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, Rapport IGAS, Carine Chevrier-Fatome, Juin 2002.

² Le reste du budget du NHS England (environ 5Md£) est utilisé pour l'achat des prestations de santé publique au nom de Public Health England (vaccination, tests...) (1,8 Md£), pour des programmes de santé gérés au niveau central par NHS England (soutien aux dispositifs PPP) (1 Md£) et pour de futurs investissements (1,2 Md£).

³ Les critères retenus sont notamment la réduction de la mortalité prématurée, l'amélioration de l'accès aux psychothérapies, la réduction du nombre d'admissions évitables à l'hôpital, l'amélioration du reporting des accidents médicamenteux et la réponse aux enjeux soulevés par le Friends and Family Test (enquête sur l'amélioration des services du NHS destinée aux populations locales).

Schéma • Le système de santé en Angleterre après réforme (au 1^{er} avril 2013)

Source : DSS/SDEPF/6B d'après National Audit Office, 2013

Encadré 1 • La réforme du mode de financement hospitalier basé sur les *best practice tariffs*

La prise en compte des meilleures pratiques pour la fixation des tarifs n'est pas encore déployée sur tous les actes. A l'heure actuelle, les tarifs restent fixés sur la base d'une moyenne constatée pour de nombreux actes. Les actes concernés par ces tarifs ont été sélectionnés sur la base de plusieurs critères : un impact important (importance des volumes, variation significative en termes de pratiques...), des éléments robustes sur ce que constitue la meilleure pratique et un consensus clinique sur les caractéristiques de la meilleure pratique. Ces tarifs sont obligatoires au sein du NHS.

A titre d'exemple, pour la chirurgie ambulatoire (*Day Case procedures*), la *British Association of Day Surgery* (BADS) publie un répertoire des procédures adaptées ainsi que des objectifs en termes de taux de procédures en ambulatoire. Les interventions sélectionnées pour la mise en œuvre des *best practice tariffs* proviennent de la 3^{ème} édition de ce répertoire : il s'agit d'interventions dont le volume est important (au moins 5.000), et dont le taux d'interventions en ambulatoire varie significativement entre fournisseurs de soins et sont en dessous des taux fixés par la BADS.

Les tarifs sont fixés de façon à encourager le recours à la chirurgie ambulatoire ainsi qu'à assurer que les *best practice tariffs* ne coûtent pas plus chers aux acheteurs de soins (*commissionners*) :

- en introduisant des prix distincts, avec un prix pour les interventions en ambulatoire plus élevé que pour les interventions ordinaires programmés ;
- en diminuant le niveau absolu des deux tarifs pour refléter le coût moindre pour les hôpitaux de recourir plus à la chirurgie ambulatoire.

Pour un hôpital (prestataire), le tarif fixé pour la procédure dans le cadre adapté (*best practice*) sur-rembourse sur la base de la moyenne nationale des coûts, constituant donc une incitation à changer de pratique. Alors que le tarif pour le cadre traditionnel sous-rembourse le coût de l'acte et vise donc à pénaliser ceux qui ne changent pas de pratique.

La dérégulation des marchés publics et la modification du mode de financement hospitalier

La réforme impose l'élargissement de la concurrence des marchés de soins. Elle renoue avec une logique d'une dérégulation des marchés publics de soins en soumettant à la concurrence les fournisseurs et en donnant aux CCG une double mission : d'une part, les CCG doivent superviser les besoins médicaux pour leurs bassins de population, d'autre part, ils peuvent mettre en concurrence n'importe quel fournisseur de service (hôpitaux, entreprises sociales, organismes de bienfaisance ou fournisseurs du secteur privé) répondant aux normes de bonnes pratiques imposées par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) et la *Care Quality Commission* (CQC) et respectant les coûts fixés par le NHS (système du *any qualified provider*). L'objectif affiché par le Gouvernement est d'élargir le choix pour le patient et d'aider à stimuler les pratiques innovantes. La réforme modifie, par ailleurs, le mode de financement hospitalier et confirme l'établissement de tarifs nationaux dont la responsabilité relève du *NHS England* (élaboration des principes généraux) et du *Monitor* (élaboration du système de paiement et d'approbation des tarifs modifiés à l'échelle locale). A terme, les tarifs seront associés aux meilleures pratiques (*best practice tariff*) et se distingueront désormais des tarifs nationaux planchers des actes de soin (cf. encadré 1).

Le bilan de la réforme semble encore difficile à dresser

Un bilan contrasté de la nouvelle organisation laissant des perspectives d'amélioration

La complexité de la nouvelle gouvernance fait craindre une aggravation de la fragmentation de l'offre plutôt que la simplification recherchée. En particulier, la réforme n'a pas abordé le problème de la coordination entre l'activité de soins, qui relève du NHS, et le secteur médico-social, qui dépend des collectivités locales. Par ailleurs, le problème de la compétence en matière de santé publique – qui est répartie entre le *Public Health England* au niveau national et les collectivités locales – alors même que la prévention est une priorité de la réforme, peut également être soulevé. En outre, plus de 90% des praticiens anglais sont opposés à cette réforme qui leur demande de gérer eux-mêmes les budgets décentralisés, d'acheter et de rationaliser les soins pour le compte de leurs patients. Les organisations de médecins font part de leur crainte qu'une telle décentralisation, ouvrant le système de santé aux lois du marché, ne déstabilise les hôpitaux et ne favorise les inégalités de santé. Enfin, bien que la réforme soit censée encourager un transfert de dépenses du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, 60% des dépenses de santé restent consacrés aux hôpitaux. Pour autant, selon une enquête du ministère de la Santé de juillet 2013, les salariés des différentes structures du NHS identifient des perspectives d'amélioration des soins lors de la mise en œuvre de la réforme. Par exemple, le fait que le *NHS England* soit responsable de la mise en œuvre de la planification et de l'achat des soins doit réduire les disparités de qualité des soins pour les maladies rares. En outre, une plus grande implication des médecins généralistes (*gate-keepers*) dans l'achat et la planification des soins doit favoriser des services plus adaptés aux besoins des patients.

En 2013, les économies seraient supérieures aux coûts engendrés par la réforme

Le QIPP prévoyait de dégager des économies dont 40% portant sur les gels de salaires, la réduction des coûts de gestion et le budget central, 20% sur les coûts de fonctionnement et enfin, 40% sur l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux. Entre 2012 et 2013, un peu plus de 10 Md£ de gains de productivité ont été enregistrés, essentiellement sur les gels des salaires (près de 50%) et sur la réduction des budgets des hôpitaux (réduction des effectifs administratifs). Selon les chiffres du Ministère de la Santé, les PCT ont enregistré une économie de 5,8 Md£ (7,1 Md€) en 2011-12 et 5 Md£ (6,1 Md€) en 2012-13 (soit un peu plus de 10 Mds£ de gains de productivité). 23% du montant de ces économies sont gagées sur le gel des salaires, 12% sur les gains de productivité des personnels et enfin, 65% sur la réduction des budgets des hôpitaux (effectifs administratifs). Pour autant, après cette première phase, la situation financière semble plus tendue : les 4,2 Md£ (5,2 Md€) de gains de productivité attendus pour 2013-14 ne seront pas atteints. Au 31 mars 2013, la réforme a d'ores et déjà coûté 1,1 Md£ (1,3 Md€). Les coûts de transition réalisés sont supérieurs à ceux estimés dans l'analyse de rentabilisation en janvier 2011. Ils excèdent de 15% les prévisions cibles initiales, soit de 143 M£ (176 M€). En outre, le *NHS England* évalue à 4 Md£ les économies attendues (soit 5% en dessous de la cible) provenant des gains de productivité réalisés par les hôpitaux au travers de la réduction des tarifs (2,2 Md£ soit 2,7 Md€) et de la réforme de la planification et de l'achat des soins avec les CCG (2 Mds£ soit 2,5 Md€).

Encadré • Les nouvelles structures ou structures modifiées par la réforme du NHS

Le Ministre de la Santé a la responsabilité ultime de l'offre de soins de santé en Angleterre tout en veillant à ce que l'ensemble du système de santé fonctionne correctement pour répondre aux priorités et aux besoins des patients.

Le ministère de la Santé (DH) est responsable de la direction stratégique des systèmes de santé et de services sociaux, mais n'est plus le siège du NHS ni ne doit plus gérer directement des organismes du NHS.

Le NHS England est un organisme indépendant, sans lien de dépendance avec le gouvernement. Son rôle principal est d'améliorer les résultats de santé pour les résidents en Angleterre. Pour cela, il doit assurer un leadership national pour améliorer la qualité des soins, superviser le fonctionnement des **Clinical commissioning groups (CCG)**, allouer des ressources aux CCG et enfin planifier et acheter les soins primaires et les services spécialisés.

Avant la réforme de mars 2012, les *Primary Care Trusts* (PCT) disposaient d'une compétence transversale tant sur l'offre primaire que secondaire permettant ainsi une meilleure adéquation aux besoins locaux et une meilleure coordination des acteurs. Parallèlement, chacun des échelons du NHS était responsabilisé et la mesure de la performance était instillée dans l'ensemble du système. Les directeurs des Trusts étaient ainsi rémunérés en partie en fonction des résultats obtenus dans leur ressort géographique. En ce qui concerne les soins primaires, leur mission s'apparentait à organiser les soins (contractualisation avec l'ensemble des médecins généralistes de leur secteur). Par ailleurs, le niveau de rémunération des médecins généralistes était figé (capitation, actions de santé publique...). Pour autant, des enveloppes incitatives étaient prévues et laissées à la discrétion du PCT pour promouvoir les initiatives visant à l'amélioration de la qualité des soins. En ce qui concerne les soins secondaires, les enveloppes prévues pour les dépenses d'investissement étaient allouées aux PCT ou directement aux hôpitaux, une enveloppe discrétionnaire étant laissée aux *Strategic Health Authorities* (SHA) pour promouvoir les actions stratégiques et de modernisation. Les enveloppes relatives aux dépenses de fonctionnement étaient, elles, allouées exclusivement aux PCT.

Au 1^{er} avril 2013, tous les cabinets de médecins généralistes sont rattachés désormais à un CCG (211 au total) qui coordonnent les soins hospitaliers planifiés, les soins de réadaptation, les urgences, la plupart des services d'offre de soins des centres de santé ainsi que les soins de santé mentale et les services d'apprentissage pour des personnes handicapées. Les CCG peuvent mettre en concurrence n'importe quel fournisseur de service répondant aux normes et aux prix imposés par le NHS mais doivent toutefois s'assurer de la qualité des services qu'ils commissionnent, en tenant compte à la fois des lignes directrices de l'**Institut national de la santé et des soins Excellence (NICE)** et de la **Commission des soins de qualité (CQC)**. Cette dernière, dont la fonction n'a pas changé, continue de réglementer tous les services de santé et de services sociaux des adultes y compris ceux fournis par le NHS, les autorités locales, les entreprises privées et les organisations bénévoles.

Afin de promouvoir la santé publique, en partenariat avec le gouvernement local et le NHS, une nouvelle organisation appelée **Public Health England**, est également créée. De même, 152 entités de veille sanitaire représentant les usagers au niveau local sont mises en place, les **Local Healthwatch**.

Depuis avril 2013, certains éléments du système de régulation ont en outre changé. Différents organismes ont la responsabilité de réglementer l'allocation des soins :

- Le **Monitor** a élargi son champ de compétences. Il vise à promouvoir la concurrence, à réglementer les prix et à assurer la continuité des services pour la **NHS Foundation Trusts**.
- Les organismes de réglementation professionnels individuels, tels que le **General Medical Council**, le **Conseil des infirmières et des sages-femmes**, le **General Dental Council** et le **Conseil des professions de soins de santé** ainsi que d'autres organismes de réglementation, de vérification et d'inspection.

Source : DSS/SDEPF/6B d'après *The King's Fund*, 2014

Tableau • Economies sur les dépenses administratives nettes des coûts engendrés par la réforme entre 2010 et 2015 (au 31 mars 2013)

	Estimation cible (en M£/M£)	Résultat effectif (en M£/M£)	Variation (en M£/M£)
TOTAL économies nettes de coûts	2 858 (3 506)	2 406 (2 950)	- 452 (- 556)
Total coûts	953 (1170)	1 096 (1346)	143 (176)
Primes de licenciement	555 (682)	435 (534)	- 120 (- 148)
Technologie de l'information (IT)	127 (156)	54 (66)	- 73 (- 90)
Coûts internes ministériels (hors licenciements, successions et IT)	86 (106)	22 (27)	- 64 (- 79)
Autres coûts de mise en oeuvre des CCG (hors coûts internes ministériels, hors licenciements, successions et IT)	83 (102)	299 (367)	216 (265)
Autres coûts liés à la mise en place / fermeture des autres entités ((hors coûts internes ministériels, hors licenciements, successions et IT)	77 (95)	244 (300)	167 (205)
Coûts de successions	25 (31)	42 (52)	17 (21)
Total économies sur les dépenses administratives	3 811 (4676)	3 502 (4296)	- 309 (- 380)

Source : DSS/SDEPF/6B d'après *National Audit Office*, 2013

4.6 Le fonds d'intervention régional (FIR)

Le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, regroupe au sein d'une même enveloppe globale limitative des crédits auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. Ce regroupement a pour but d'assouplir la gestion de ces crédits en les rassemblant dans une enveloppe unique répartie par région, afin de permettre aux agences régionales de santé de les redistribuer de manière plus efficiente en tenant compte des spécificités locales.

Mis en place au 1^{er} mars 2012, le fonds réunit ainsi des crédits relevant majoritairement de l'assurance maladie mais aussi des crédits en provenance de l'État au titre de la prévention et, depuis 2013, des crédits en provenance de la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA). Ces crédits sont gérés par les ARS et versés par les caisses primaires d'assurance maladie, à l'exception des dépenses de prévention et médico-sociales majoritairement versées par les ARS. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les dépenses d'assurance maladie gérées par le FIR sont regroupées au sein d'un même sous-objectif de l'ONDAM. Les crédits versés directement par l'État et la CNSA restent cependant en dehors du champ de l'ONDAM.

Une gestion désormais commune et décloisonnée des crédits

Le périmètre du FIR a été doublé en 2013

À la création du fonds, l'ensemble des dotations attribuées au FIR représentaient 1,3 Md€. Compte tenu de sa mise en place au 1^{er} mars 2012, ces dotations se seraient élevées à 1,5 Md€ en année pleine. En 2012, les dépenses financées par l'assurance maladie sont constituées de la permanence des soins (tant en ville que dans les établissements de santé), de l'enveloppe régionale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) hors investissements informatiques et immobiliers, d'une partie de crédits issus des missions d'intérêt général (MIG) à destination des établissements de santé et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) bénéficiant aux transporteurs sanitaires.

La fongibilité entre ces crédits est asymétrique au bénéfice des dépenses de prévention¹. Les ARS ont la possibilité de dépenser plus que prévu sur ces missions en prélevant sur les autres enveloppes, l'inverse n'étant pas possible. Ce principe de fongibilité s'inscrit en effet dans un cadre budgétaire limitatif : au sein du montant global des dotations, les montants relatifs aux missions bénéficiant de la fongibilité asymétrique sont isolés. Hors enveloppes protégées par la fongibilité asymétrique, les ARS ont toute latitude pour allouer les crédits comme elles le jugent souhaitable.

Le FIR ne disposant pas de la personnalité morale, ses comptes sont consolidés dans les comptes de l'assurance maladie². Les dépenses sont comptabilisées dans les comptes de la branche maladie du régime général au titre de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, à l'exclusion des dépenses de prévention qui sont comptabilisées dans les comptes des ARS. Dans les comptes des autres régimes d'assurance maladie, n'apparaissent plus les prestations désormais gérées par le FIR mais une contribution au régime général au titre du financement du FIR (cf. schéma 1).

En 2013, le périmètre du FIR est considérablement élargi, puisque les dotations gérés par les ARS s'élèvent à 3,3 Md€.

Les nouvelles missions attribuées au FIR en 2013 incluent une partie des aides à la contractualisation bénéficiant aux établissements de santé, des crédits issus des MIG (dont le financement des équipes mobiles de gériatrie, des équipes mobiles de soins palliatifs...), les groupes d'entraide mutuelle (GEM)³ ainsi que les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)... L'abondement du FIR pour ces deux dernières missions s'effectue par la CNSA, qui les finançait déjà auparavant.

¹ Les dépenses de prévention incluent les actions de vaccination, de dépistage, de lutte antituberculeuse...

² À titre transitoire, en 2012, les crédits qui relevaient du FMESPP ont été comptabilisés en tant que produits dans les comptes de la CNAMTS

³ Organisations accueillant des personnes dont les troubles de santé similaires les mettent en difficulté

Schéma 1 • Flux financiers et comptables du fonds d'intervention régional

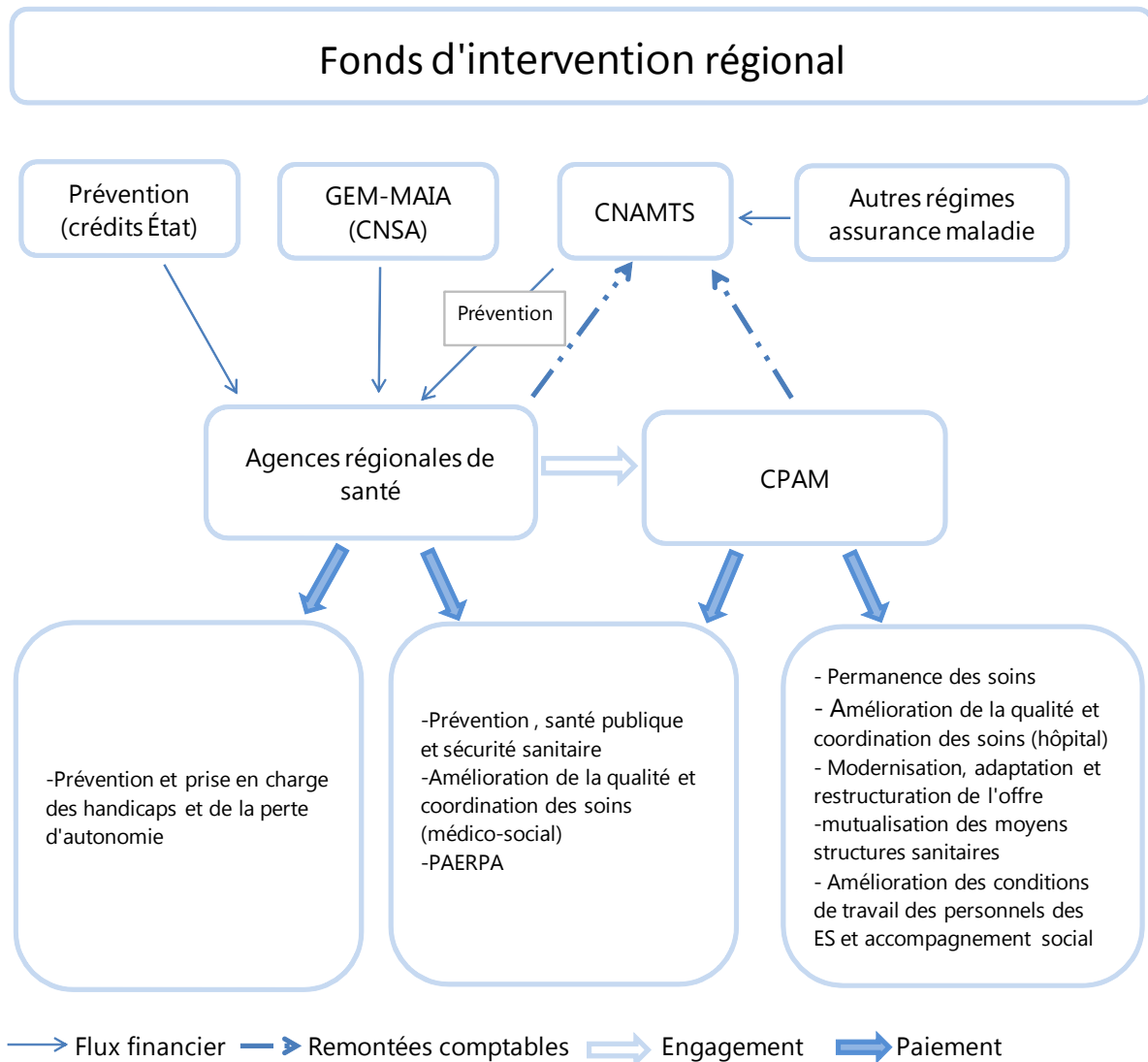


Schéma 2 • Règles de priorité de la fongibilité asymétrique

Crédits en provenance de	Prévention	Médico-social	Soins	PAERPA	Télémedecine
Crédits à destination de					
Prévention	-	Oui	Oui	Non	Non
Médico-social	Non	-	Oui	Non	Non
Soins	Non	Non	-	Non	Non
PAERPA	Non	Oui*	Oui	-	Non
Télémedecine	Non	Non	Oui	Non	-

* Uniquement pour les dépenses présentant un caractère médico-social

Note de lecture : les ARS peuvent redéployer des crédits des missions provenant de l'enveloppe médico-social vers l'enveloppe prévention, mais pas l'inverse. Il n'est pas possible de redéployer des crédits prévention, médico-social, PAERPA ou télémedecine vers des crédits finançant des soins

Source : circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014

En sus des actions de prévention, les dépenses entrant dans le champ médico-social, des programmes d'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et de la télémédecine bénéficient également de la fongibilité asymétrique, mais à un degré un peu plus faible que les dépenses de prévention en ce qui concerne les dépenses à caractère médico-social (cf. schéma 2).

La création d'un sous-objectif de l'ONDAM des dépenses relatives au FIR entérine cette gestion commune

Jusqu'en 2013, les dépenses d'assurance maladie qui étaient gérées par les ARS dans le cadre du FIR restaient toutefois rattachées aux sous-objectifs dont elles dépendaient initialement. Dans un souci de cohérence de l'ONDAM avec cette gestion commune des crédits d'origines diverses, un sous-objectif retraçant les dépenses d'assurance maladie relatives au FIR au sein de l'ONDAM a été créé par la LFSS pour 2014. Cela a entraîné des modifications substantielles de la composition des autres sous-objectifs et plus particulièrement ceux ayant trait aux établissements de santé. En effet, une part importante des crédits du FIR provenaient de crédits qui relevaient des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (cf. graphique 1). En outre, le périmètre de l'ONDAM a été légèrement élargi en intégrant des dépenses d'assurance maladie au titre de la prévention et de la démocratie sanitaire.

La sous-consommation des crédits du FIR en 2012 et 2013 a contribué à la sous-exécution de l'ONDAM

Des dépenses plus faibles que prévu en 2012 et 2013

En 2012, par rapport aux dotations initialement envisagées, les dépenses effectivement constatées entrant dans le champ des dépenses d'assurance maladie se sont révélées être inférieures d'environ 90 M€. Au vu des montants transférés, les dépenses au titre de l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé et de l'accompagnement social (ex-crédits du fonds de modernisation des établissements sanitaires publics et privés) et au titre de la permanence des soins en établissements de santé se sont notamment avérées plus faibles que prévu.

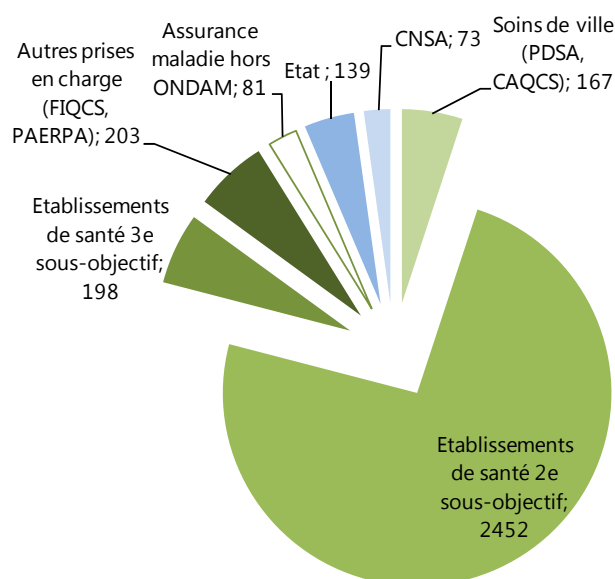
En 2013, les moindres dépenses d'assurance maladie dans le champ du FIR proviennent essentiellement de la mise en réserve et de la non délégation de crédits. Outre ces éléments, les dépenses du FIR dans le champ de l'assurance maladie qui ont été constatées en 2013 ont été plus faibles d'environ 35 M€ à la prévision, dont 18 M€ ont fait l'objet de transfert vers les dépenses bénéficiant de la fongibilité asymétrique (prévention, médico-social, cf. fiche 3.2), les moindres dépenses dans le champ total du FIR à ce titre étant donc de 17 M€.

Malgré les mesures de redressement, les dépenses relatives au FIR progresseraient significativement en 2014

Le sous-objectif des dépenses d'assurance maladie relatives au FIR a été fixé à 3,2 Md€ en loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant intègre de nouvelles dépenses gérées par les ARS dont celles au titre des praticiens territoriaux de médecine générale créés dans le cadre du pacte territoire santé ainsi que l'extension des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins pour les transporteurs de véhicules sanitaires légers.

En 2014, dans le cadre du maintien de la progression de l'ONDAM à +2,4 %, la délégation de dépenses d'assurance maladie relatives au FIR est abaissée de 75 M€. Compte tenu cependant des moindres dépenses constatées en 2013, les dépenses à même d'être déléguées en 2014 progresseraient de +7,6 % (cf. fiche 3.2).

Graphique 1 • Répartition des crédits initiaux du FIR pour 2013 en fonction des enveloppes d'origine



Note de lecture : en vert apparaissent les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM, en blanc les dépenses entrées dans le champ de l'ONDAM en 2014, en bleu, les dépenses hors ONDAM. PDSA : permanence des soins ambulatoires.

Source : annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Tableau 1 • Equilibre du FIR pour les exercices 2012 et 2013

	2012	2013
CHARGES	1 240	3 160
inscrites dans les comptes de l'assurance maladie	1027	2849
dont permanences des soins en ville	127	148
dont permanences des soins en établissements	583	719
dont MARO* et amélioration des conditions de travail	75	1 092
dont prévention et amélioration de la qualité des soins	241	784
dont autres	2	106
inscrites dans les comptes des ARS	213	311
PRODUITS	1 330	3 324
Crédits État	166	137
Crédits CNSA	s.o	73
Dotations assurance maladie	1 154	3 107
dont régimes d'assurance maladie	869	3 067
dont ex-FMESPP	104	0
dont ex-FIQCS	141	0
dont prévention assurance maladie FNPEIS	40	40
Autres produits	10	7
RESULTAT NET	91	164

Source : CNAM

*modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins : le saut observé en 2013 provient de l'inclusion des aides à la contractualisation dans le périmètre dur FIR

NB : à titre transitoire, les crédits qui provenaient antérieurement du FMESPP et du FIQCS ont fait l'objet en 2012 d'un versement de ces fonds, alors qu'en 2013 les montants équivalents sont inclus dans la dotation assurance maladie

4.7 Les coûts liés aux cancers professionnels pour la branche AT – MP

Une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (absorption quotidienne de poussières ou de vapeurs toxiques ou exposition répétée au bruit, vibrations, etc.). La cause professionnelle d'une maladie n'est pas toujours aisée à établir, en particulier pour celles qui peuvent se manifester de nombreuses années après l'exposition au facteur de risque et / ou trouver leur source également dans la vie extra-professionnelle. Par conséquent, la législation de la sécurité sociale a établi un certain nombre de conditions médicales et administratives qui doivent être remplies pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme professionnelle et indemnisée comme telle par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP).

La présente fiche expose une partie des coûts¹ supportés par la branche AT-MP liés aux cancers professionnels et notamment ceux liés à l'amiante. Il s'agit des coûts dits « en premier règlement », c'est-à-dire ceux concernant les victimes dont la maladie professionnelle a donné lieu à un premier règlement en espèce au cours de l'année. Ne sont pas considérés ici les coûts liés aux cancers professionnels pour la sécurité sociale dans leur totalité puisque la partie prise en charge par la branche maladie en début de traitement (sur la période précédant la qualification de la pathologie en maladie professionnelle) est volontairement écartée.

Les maladies professionnelles pèsent pour 35% des coûts de la branche en 2012. Parmi les assurés ayant reçu un premier règlement en 2012, seulement 3% étaient atteints de cancers professionnels, dont 1,9% de cancers broncho-pulmonaires. Dans le même temps, ces seuls cancers broncho-pulmonaires représentaient la même année 24% des dépenses de la branche au titre des MP.

L'évolution des dépenses totales d'indemnisation liées aux cancers professionnels est identique à celle des dépenses toutes MP confondues

Le coût des maladies professionnelles à la charge de la branche AT-MP est passé de 1,9 Md€ en 2007 à plus de 2,3 Md€ en 2012, soit une augmentation de 24% (cf. graphique 1). Cette augmentation est de 14% en euros constants. Les deux plus gros postes en 2012 sont les affections périarticulaires et les cancers broncho-pulmonaires qui représentent respectivement 37% et 24% des montants totaux dépensés au titre des MP dans leur ensemble. Les coûts imputables à l'indemnisation des seuls cancers broncho-pulmonaires ont augmenté de 25% (15,2% en euros constants) sur la période 2007-2012, de manière quasi-parallèle à ceux des MP dans leur ensemble.

Toutefois les effectifs d'assurés atteints de cancers professionnels augmentent moins vite que ceux atteints de maladies professionnelles en général...

Sur la période 2007-2012, la progression du nombre de maladies professionnelles avec arrêt reconnues au régime général, tous modes de reconnaissance confondus, a été de 23% (4,3% en moyenne annuelle). Ainsi, le nombre de maladies professionnelles reconnues est passé de 43 800 en 2007 à 54 000 en 2012 (cf. graphique 2). Pour les cancers professionnels dans leur ensemble, cette augmentation n'est que de 14% sur la même période (de 1 674 à 1 902 cas reconnus par an soit une augmentation annuelle moyenne de 2,6%) et de 9% pour les seuls cancers broncho-pulmonaires.

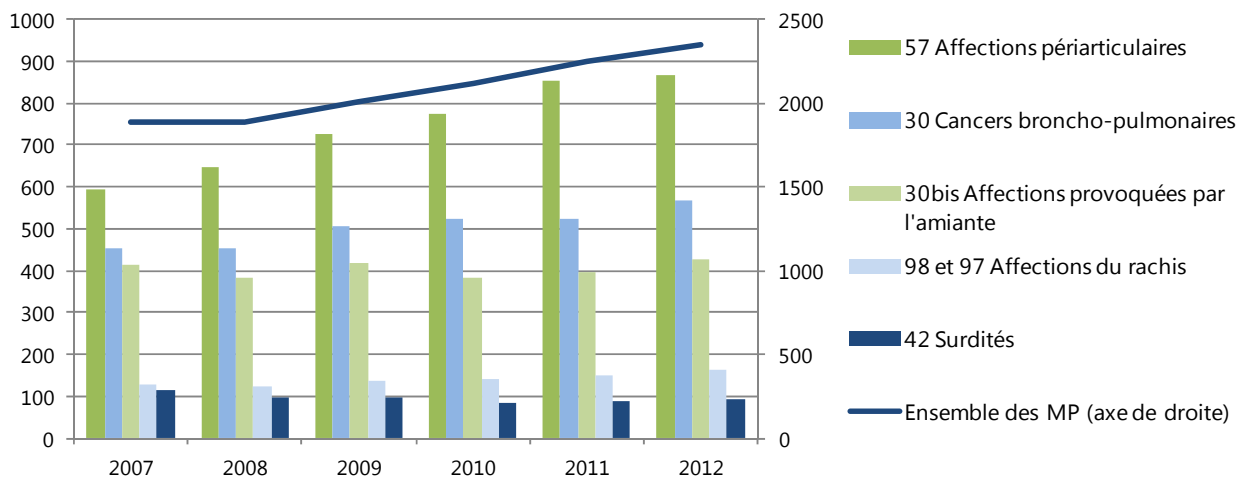
... indiquant une évolution en sens contraire des coûts moyens imputables aux cancers professionnels et de ceux des MP hors cancers

Les évolutions respectives du nombre d'assurés victimes de MP et des coûts imputables à ces MP montrent que les coûts moyens diminuent pour l'ensemble des MP sur la période 2007-2012. Cette diminution tient à la modification de la structure des pathologies reconnues avec une forte augmentation des affections périarticulaires (+45%) qui n'entraînent pas individuellement de coûts importants pour la branche.

Pour ce qui est des cancers professionnels à l'inverse et plus précisément concernant les cancers broncho-pulmonaires, les coûts moyens augmentent légèrement sur la période 2007-2012 (+6%).

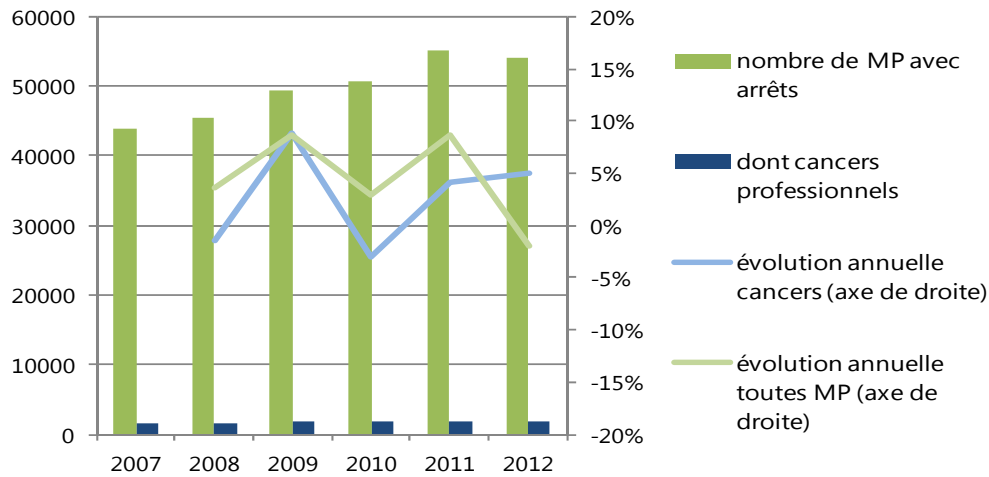
¹ Il s'agit de coûts totaux des premiers règlements qui englobent les prestations en espèces (Indemnités journalières, en capital et pensions) et en nature (soins).

Graphique 1 • Montants (en M€) des dépenses d'indemnisation des principales maladies professionnelles ventilés par tableaux



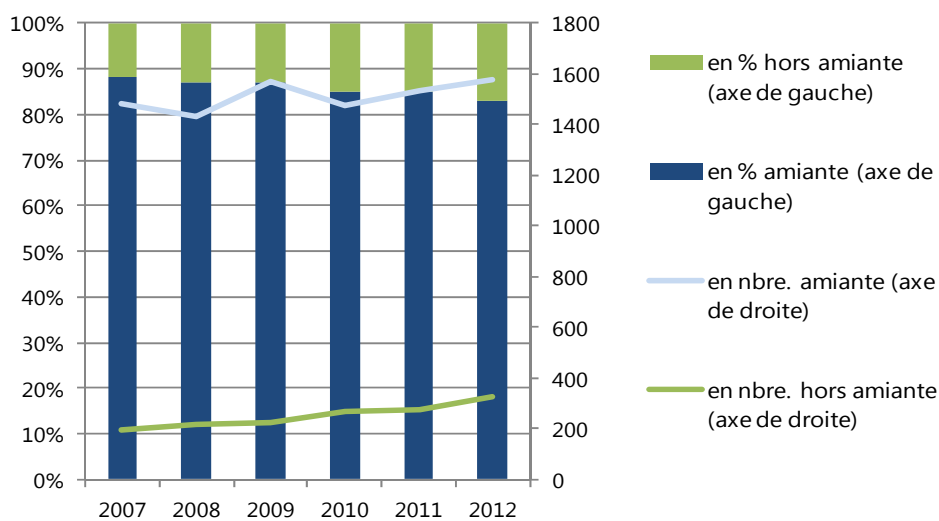
Source : CNAM, Rapport de gestion de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels (2012)

Graphique 2 • Evolution du nombre de maladies professionnelles avec arrêt et de cancers professionnels avec arrêt reconnus au régime général, de 2007 à 2012



Source : CNAMTS

Graphique 3 • Effectifs d'assurés victimes de cancers professionnels (en 1^{er} règlement sur 2007-2012)



Source : rapports d'activité CNAM (années 2010 à 2012)

Les cancers professionnels restent majoritairement liés à l'amiante

Une grande majorité des cancers professionnels est liée à l'amiante (cf. graphique 3). Ainsi en 2012, sur 1 902 cancers professionnels reconnus par la branche, 83% avaient une origine liée à l'amiante. Cette proportion est toutefois en légère baisse sur la période 2007-2012 (89% en 2007). En effet, les cancers liés à l'amiante ont augmenté moins vite sur la période 2007-2012 que ceux « hors amiante » (7% d'augmentation vs 66%). Cette différence d'évolution résulte de la stabilisation de l'incidence¹ des principales pathologies liées à l'amiante sur les dernières années. Cela tendrait à démontrer que l'essentiel des cas est à présent déclaré et qu'une diminution régulière du nombre de ces pathologies est à espérer dans un futur proche².

En 2012, les cancers professionnels liés à l'amiante sont composés à hauteur de 65% de cancers broncho-pulmonaires et à 25% de mésothéliomes (cf. encadré 1). La structure de ces cancers liés à l'amiante est par ailleurs stable dans le temps. Parmi les 17% de cancers professionnels qui ne sont pas liés à l'amiante, 90% des cas se concentrent dans quatre tableaux de maladie professionnelle³.

Dont les victimes sont indemnisées par un fonds dédié

Créé en 2002, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est essentiellement financé par une dotation annuelle de la branche AT-MP. Le fonds a dépensé 425 M€ par an en indemnisation en moyenne sur la période 2007-2012. Toutefois l'intégralité de ces indemnisations n'est pas tournée exclusivement vers les victimes de MP puisque 9% de l'ensemble des pathologies sont dites « environnementales⁴ » en 2012. Par ailleurs, certaines des pathologies indemnisées par le fonds ne sont pas des cancers, même si la proportion de ces autres pathologies tend à décroître (de 38% à 22% des dépenses annuelles sur la période 2007-2012). Ainsi, seulement 70% des dépenses du FIVA sont réalisées au titre des cancers professionnels (soit 337 M€ en 2012).

La population des personnes indemnisées par le FIVA est essentiellement masculine (92%) et son âge moyen au moment du diagnostic est de 65 ans. Le taux d'incapacité permanente qu'elle se voit attribuer suit la distribution des pathologies : 53% des victimes ont un taux d'IP de 5% (pour les pathologies bénignes de l'amiante) quand 30% se voient attribuer un taux de 100% (pour les cancers). Enfin, certaines régions sont surreprésentées en raison de la présence historique d'activités industrielles liées à l'amiante (Nord-Pas-de-Calais, Lorraine et Haute-Normandie principalement, avec environ 7,5 fois plus de personnes indemnisées que la moyenne métropolitaine).

Les cancers professionnels représentent une part importante du transfert vers la branche maladie lié à la sous-déclaration

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit un versement annuel de la branche AT-MP au profit de la branche maladie pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des accidents et affections non pris en charge par la branche AT-MP du fait de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, dont les cancers. Le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le montant de ce versement a été fixé pour la période 2012-2014 de manière annuelle en LFSS à 790 M€ par an. Concernant plus précisément les cancers professionnels, le transfert lié à ces seules pathologies s'établit à 454 M€ pour la période, soit 57% du transfert total.

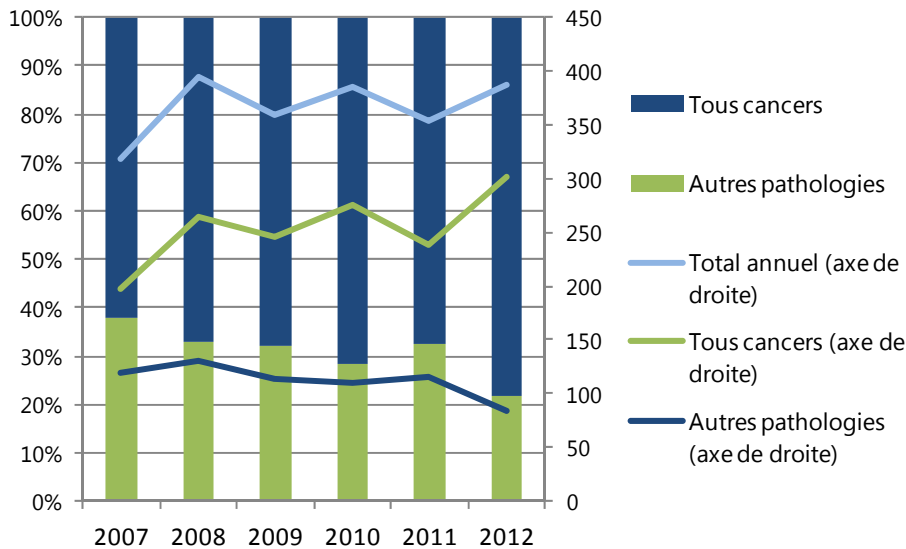
¹ L'incidence brute correspond au nombre de nouveaux cas survenant durant une période et dans une population considérées.

² InVS, Programme national de surveillance du mésothéliome : principaux résultats 1998-2006, juillet 2009.

³ Il s'agit des tableaux : T47 poussière de bois, T16bis houille, T4 benzène et T15ter amines aromatiques.

⁴ On appelle pathologie « environnementale », les pathologies dont l'origine n'est pas professionnelle mais domestique (bricolage, vêtements...).

Graphique 4 • Les montants dépensés par le FIVA par pathologies (2007-2012)



Source : Rapports CCSS (années 2008 à 2012)

Encadré 1 • Epidémiologie des principaux cancers professionnels

Environ 2 millions de salariés en France sont exposés à des facteurs de risques cancérigènes. Ainsi, la fraction de risque attribuable (soit la proportion de cas d'une pathologie qui serait la conséquence d'un comportement ou d'un facteur de risque) à l'activité professionnelle pour l'ensemble des cancers va de 3% à 6% pour les hommes et de 1,5% à 6% pour les femmes.

De manière plus détaillée pour les principaux cancers:

Pathologie	Fraction attribuable à l'activité	Agents en cause	Activités concernées
Les cancers broncho-pulmonaires sont les cancers professionnels les plus fréquents	15% des cas (à l'amiante dans 6 % des cas)	amiante, arsenic, bis éther, cadmium, certains composés du chrome, goudrons, suies, dérivés du charbon et huiles de houille, nickel...	agriculture, BTP, céramiques et porcelaines, construction navale, chimie, imprimerie, métallurgie, sidérurgie, mines ...
Le mésotéliome est un cancer dont la survenue spontanée est rare. Il survient chez les personnes qui ont inhalé des poussières d'amiante 20 à 50 ans auparavant.	85% des cas	amiante	fabrication d'articles contenant de l'amiante, isolation, centrales thermiques, raffineries, construction navales, réparation automobile et poids lourds, BTP, sidérurgie...
Les cancers de la vessie et des voies urinaires ont pour origine des contacts avec des agents dangereux. Un délai de 10 à 25 ans s'écoule généralement entre l'exposition et la survenue de la maladie.	2% à 14% des cas.	goudrons, suies de combustion du charbon, brais de houille, arsenic et ses composés minéraux, fluides d'usinage...	production de colorants, travaux en cokerie, fabrication de l'aluminium, entretien des chaudières à charbon, métiers de la vigne...
Les cancers du sang sont des cancers qui se caractérisent par la prolifération anormale de globules blancs dans la moelle osseuse et dans le sang.	5% à 18% des cas	rayonnements ionisants, benzène...	traitement et transport de minerais ou de déchets radioactifs, garages automobiles, industrie chimique...
Les cancers ORL sont principalement les cancers des fosses nasales, de l'ethmoïde, du nasopharynx et des autres sinus.	7% à 40% des cas	poussières de bois, composés du chrome, formol...	usinage de bois, métallurgie du nickel, utilisation de colles, de vernis, laboratoire d'anatomopathologie...

Source : INRS-2014

4.8 Bilan de la retraite anticipée pour longue carrière

Depuis le 1^{er} janvier 2004, près de 900 000 assurés du régime général ayant commencé à travailler jeunes et accompli une carrière longue ont bénéficié d'une retraite anticipée pour longue carrière¹.

Le dispositif de retraite anticipée pour longue carrière (RALC) a été introduit par la loi du 21 août 2003². Il a ensuite évolué avec le relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (loi du 9 novembre 2010), le décret du 2 juillet 2012 et la loi du 20 janvier 2014 (cf. encadré 3 de la fiche 3.6).

D'autres dispositifs permettent des départs anticipés à titre dérogatoire (au titre du handicap, de l'exposition à l'amiante...). Leurs bénéficiaires représentent 7,2 % de l'ensemble du flux de départs en retraite anticipée. Ces dispositifs dérogatoires ne sont pas étudiés ici. Par ailleurs, la loi du 20 janvier 2014 instaure un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) à compter du 1^{er} janvier 2015 qui permettra aux salariés exposés à des facteurs de pénibilité de convertir les points acquis en trimestres de retraite pris en compte pour le bénéfice de la RALC, mais aussi d'anticiper leur départ jusqu'à deux ans avant l'âge légal.

Le champ d'étude retenu ici est celui du régime général, même si le dispositif de retraite anticipé pour longue carrière concerne également les régimes alignés et le régime des exploitants agricoles, les régimes des professions libérales et les régimes de la fonction publique³.

Avec 145 900 départs anticipés pour les bénéficiaires du régime général, 2013 constitue une année record

Le rythme des départs anticipés est resté soutenu en 2013

En 2013, 145 900 retraites anticipées pour carrière longue ont été attribuées au régime général, représentant 21 % de l'ensemble des départs en retraite (cf. graphique 1). Par rapport à 2012, les attributions de RALC sont en hausse de 70 %. Cette hausse, initiée en août 2011, s'explique par deux facteurs. Tout d'abord, l'application de la réforme de 2010 a ouvert le dispositif des retraites anticipées aux assurés âgés de 60 ans pouvant justifier d'un début d'activité avant 18 ans (vs 16 et 17 ans auparavant). Ensuite, à partir de novembre 2012, le nombre de liquidations de retraites anticipées augmente fortement du fait du décret du 2 juillet 2012 qui assouplit les conditions de départ (cf. encadré 3 de la fiche 3.6).

Pour mémoire, cette hausse du nombre de liquidations pour retraite anticipée fait suite à un épisode de forte baisse en 2009 lié au durcissement des conditions d'attribution, à la scolarité rendue obligatoire à 16 ans à partir de la génération 1953 et à la diminution des régularisations des cotisations arriérées⁴. Cet épisode est suivi d'une légère hausse en 2010. Le durcissement des conditions d'ouverture du droit au départ anticipé en 2009 a entraîné le report de certains départs en 2010, d'où une augmentation mécanique des effectifs cette année-là.

Le coût de la retraite anticipée pour longue carrière est estimé pour le régime général à 1,5 Md€ en 2013, contre 1,2 Md€ en 2012 (cf. graphique 2)⁵.

Une accélération en 2012 liée à l'assouplissement introduit par le décret du 2 juillet 2012

Depuis le 1^{er} novembre 2012 et jusqu'à fin 2013, 40 % des assurés partis en retraite anticipée pour carrière longue, ont bénéficié des dispositions du décret du 2 juillet 2012 (soit près de 70 000 assurés). Parmi ces derniers, près de 20 % sont des assurés qui ont avancé leur date de départ à la retraite grâce à la mise en place du décret, mais qui auraient pu bénéficier d'une retraite anticipée longue carrière avec une date d'effet ultérieure. Les 80 % restant sont des assurés qui n'étaient pas éligibles à un départ anticipé pour longue carrière avant l'assouplissement du dispositif permis par le décret du 2 juillet 2012.

¹ Effectif en date d'effet de la pension.

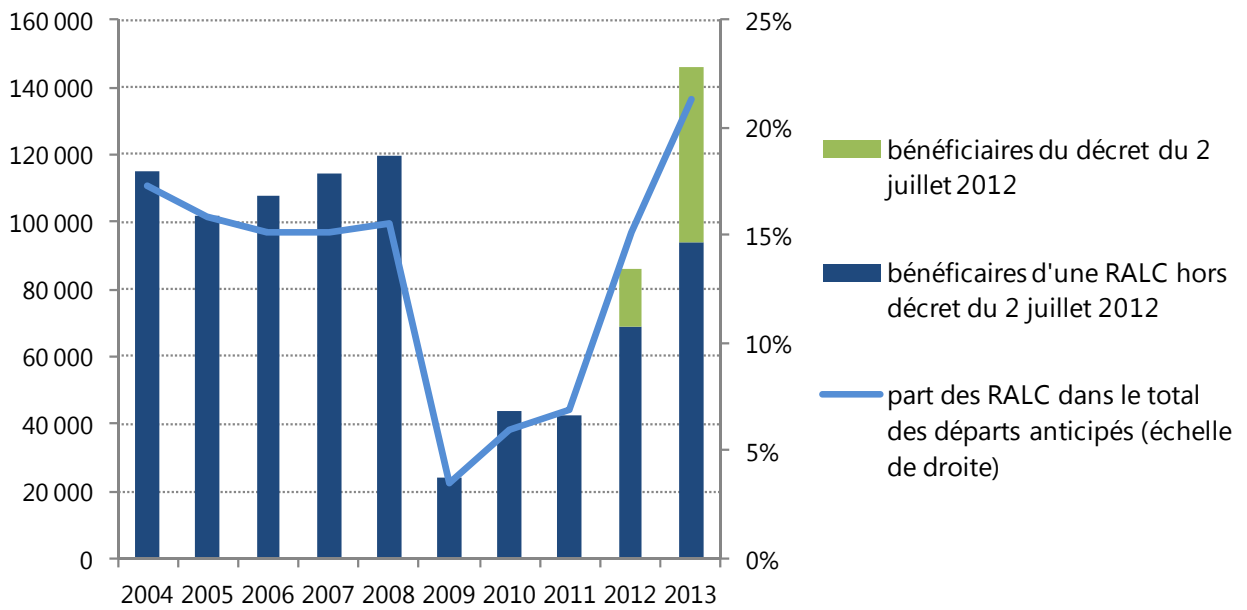
² cf. encadré 2 de la fiche CCSS 8.1 de septembre 2013 pour plus de précisions réglementaires.

³ Les effectifs de bénéficiaires sont fréquemment poly-pensionnés. Ainsi, en 2013, 43 % des flux de bénéficiaires de la retraite anticipée pour longue carrière au régime général sont poly-pensionnés. Pour plus de détail sur les départs anticipés dans les régimes alignés notamment, voir la publication de la DREES : Les retraites et les retraités – édition 2014.

⁴ cf. fiche CCSS 12.1 de juin 2009 pour plus de précisions.

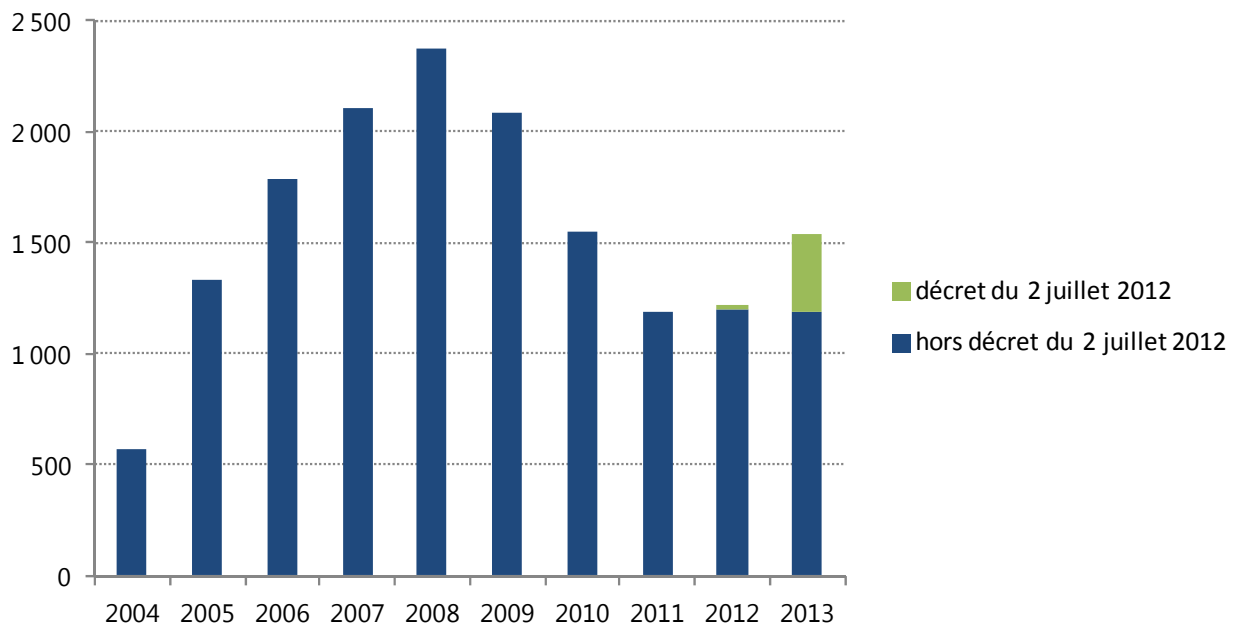
⁵ Cet élargissement du dispositif est financé par une hausse des cotisations vieillesse plafonnées : +0,2 point au 1^{er} novembre 2012, +0,1 point au 1^{er} janvier 2014, +0,1 point au 1^{er} janvier 2015 et +0,1 point au 1^{er} janvier 2016.

Graphique 1 • Flux annuel des retraites anticipées pour longue carrière (régime général)



Source : CNAV

Graphique 2 • Coût de la retraite anticipée pour carrière longue (M€, régime général)



Source : CNAV

Parmi les mesures du décret du 2 juillet 2012, l'assouplissement de la condition d'âge de début d'activité et la suppression de la condition de durée d'assurance validée ont fortement favorisé le départ en retraite anticipée, l'élargissement des périodes prises en compte pour la condition de durée cotisée (périodes « réputées cotisées ») a joué dans une moindre mesure (cf. encadré 3 de la fiche 3.6).

La masse des pensions versées aux bénéficiaires du décret avant l'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite est estimée par la CNAV à 24 M€ en 2012 et à 356 M€ en 2013.

Profil des bénéficiaires de la retraite anticipée pour longue carrière

Les retraités anticipés sont majoritairement des hommes partant à la retraite à 60 ans

Les bénéficiaires de la retraite anticipée pour longue carrière sont majoritairement des hommes (68 % des attributions en 2013), même si la part des femmes a progressé (32 % en 2013 contre 14 % en 2004). Parmi les bénéficiaires du décret du 2 juillet 2012, 69 % sont des hommes et 31 % sont des femmes.

La majorité des retraites anticipées attribuées au cours de l'année 2013 concernent des départs à 60 ans (69 % des attributions). 23 % des attributions ont un point de départ à 59 ans (cf. graphique 3). L'âge moyen d'attribution est de 59,9 ans. Il est de 60,1 ans parmi les bénéficiaires du décret de juillet 2012. Depuis novembre 2012, c'est la génération 1953 qui a le plus bénéficié du nouveau dispositif (60 % des bénéficiaires), suivie par la génération 1952 (38 % des bénéficiaires) (cf. graphique 4).

Près de la moitié des bénéficiaires du décret ont débuté leur activité à 19 ans, 22 % des bénéficiaires ont débuté leur activité à 18 ans et 16 % à 20 ans (cf. graphique 4). Le décret a notamment permis l'accès à la retraite anticipée des assurés ayant débuté leur activité à 19 ans et 20 ans, soit 63 % des effectifs.

Enfin, il y a davantage de périodes acquises au titre du chômage ou de la maladie parmi les bénéficiaires du décret de juillet 2012. 71 % des hommes partis en retraite anticipée au titre du décret de 2012 ont au moins une période assimilée de chômage ou de maladie, contre 66 % parmi l'ensemble des hommes partis en retraite anticipée (hors dispositif du décret du 2 juillet 2012).

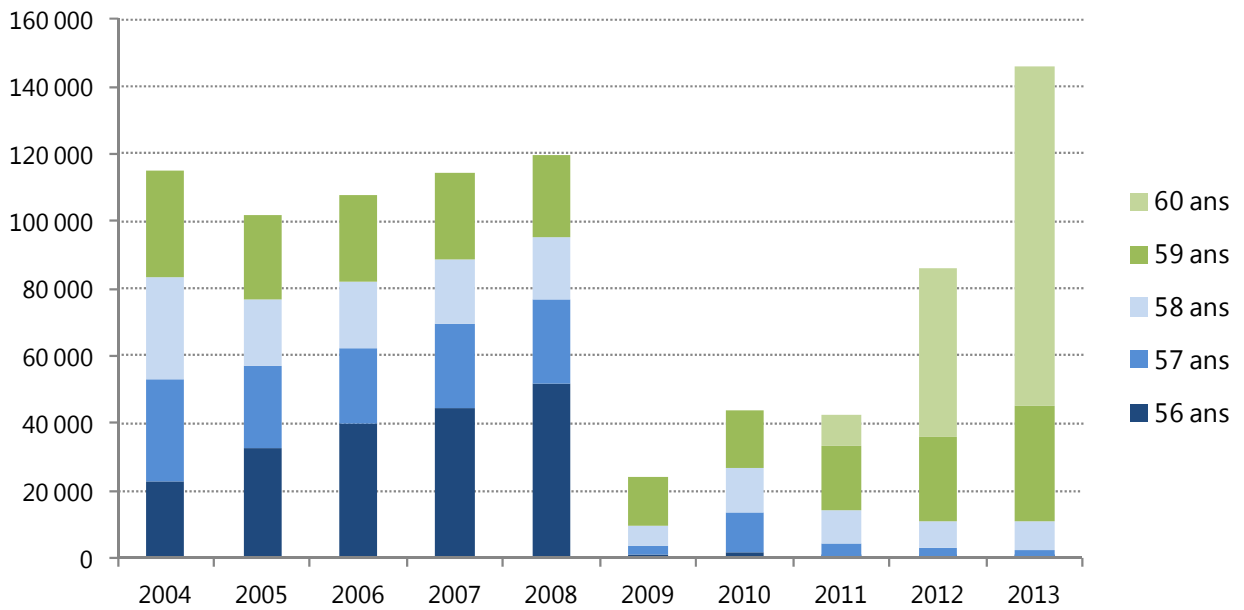
Des pensions moyennes plus élevées

La pension mensuelle moyenne de droit direct des nouveaux retraités au titre du dispositif « longues carrières » s'élève à 894 € en 2013 (917 € pour les hommes, 844 € pour les femmes), soit un niveau de pension inférieur à celui de l'ensemble des retraités partis avec une carrière complète au régime général (1072€, y compris les bénéficiaires de la RALC). Les assurés partis avec la durée d'assurance requise pour un départ au taux plein à compter de l'âge légal ont en effet des carrières salariales plus favorables en raison de leur profil socio-économique spécifique (carrières de cadres...).

La pension mensuelle moyenne des assurés partis en retraite anticipée est en revanche 53 % supérieure à la pension moyenne de l'ensemble des liquidants de droits directs contributifs (hors pensions anticipées) qui s'établit à 584 €. Parmi les pensions attribuées à partir de l'âge légal, certaines correspondent en effet à des carrières courtes (notamment s'agissant des femmes et des inaptes), tandis que les retraités partant avant l'âge légal en retraite anticipée ont nécessairement des durées de carrière au moins égales à la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein.

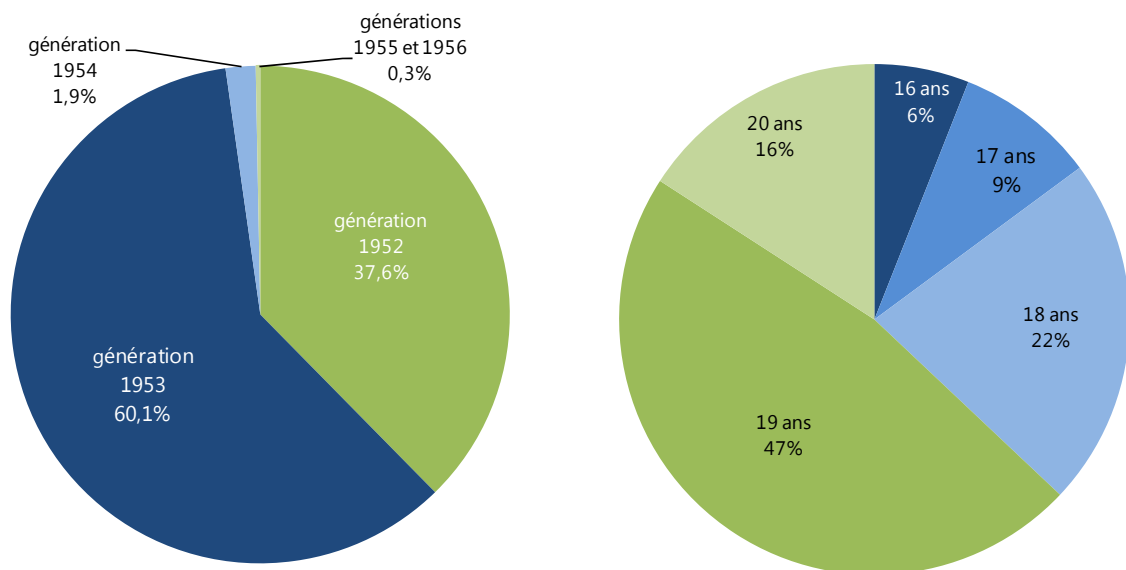
La pension mensuelle moyenne des bénéficiaires du décret du 2 juillet 2012 n'est pas sensiblement différente de celle de l'ensemble des bénéficiaires d'une retraite anticipée pour longue carrière.

Graphique 3 • Nombre de bénéficiaires par âge de la retraite anticipée pour longue carrière en flux (régime général)



Source : CNAV

Graphique 4 • Répartition des bénéficiaires du décret du 2 juillet 2012 selon la génération et l'âge de début d'activité (régime général)



Source : CNAV

4.9 Enseignements de l'enquête comportement de départ en retraite

Le système de retraite français comporte une multiplicité de régimes ainsi que de règles et de paramètres complexes qui déterminent le niveau de pension et encadrent les choix de départ en retraite (règles de calcul du montant de la pension, règles de détermination du salaire retenu pour ce calcul, durée cotisée, durée d'assurance requise pour un départ au taux plein...). Il comporte en particulier de nombreux dispositifs d'incitation à la prolongation d'activité (dispositifs de surcote, de décote, de retraite progressive, de cumul emploi-retraite), qui ont de plus fait l'objet d'ajustements successifs depuis leur mise en place (cf. encadré 1). Compte tenu de cette complexité, la connaissance par les assurés de ces dispositifs constitue un enjeu important, pour comprendre s'ils font des choix éclairés au moment de leur départ en retraite et si ces dispositifs atteignent leur cible. Dans le cadre de la COG Etat-CNAV 2009-2013, une enquête auprès de plus de 3 000 assurés du régime général récemment partis en retraite¹ a été mise en place en 2010 (cf. encadré 2) ; réitérée tous les deux ans, cette enquête comporte en particulier un module de questions sur la connaissance par les assurés des notions de taux plein, de surcote, de décote, de cumul emploi retraite et de retraite progressive.

Une perception globale positive de l'information fournie sur la retraite

La deuxième vague de l'enquête menée début 2012 auprès des assurés ayant pris leur retraite entre juin 2010 et juillet 2011 au régime général fait état d'une part élevée de retraités satisfaits de l'information qui leur a été fournie : 80 % des nouveaux retraités sont plutôt satisfaits, voire très satisfaits de l'information qui leur a été donnée concernant leurs droits à retraite (cf. graphique 1).

Les efforts en matière d'information des assurés au cours des dix dernières années ont probablement contribué à ce haut niveau de satisfaction. Ce droit à l'information, institué par la loi du 21 août 2003 avec l'envoi tous les cinq ans, à partir de l'âge de 35 ans, d'un relevé individuel de situation (RIS), ainsi que d'une estimation indicative globale (EIG) du montant de la pension à partir de 55 ans, a été renforcé au cours de ces dernières années. L'article 6 de la loi du 9 novembre 2010 a instauré à partir de 2012 l'envoi d'un document d'information générale aux jeunes entrant dans la vie active afin de leur faire connaître les mécanismes du système de retraite par répartition ; d'autre part, les assurés peuvent bénéficier, à partir de 45 ans, d'un entretien personnalisé avec un conseiller de sa caisse. En 2012, ce sont ainsi près de 5,4 millions de documents d'information (3,7 millions de RIS et 1,7 million d'EIG) qui ont été envoyés aux assurés par le GIP (groupement d'intérêt public) Info Retraite. Enfin, l'article 39 de la loi du 20 janvier 2014 a prévu la mise en place d'un compte individuel retraite en ligne associant l'ensemble des régimes obligatoires de retraite de base et complémentaires, qui permettra, d'ici fin 2016, de créer, pour les assurés, un point de contact unique avec leurs différents régimes de retraite. Le droit à l'information a ainsi contribué, par son développement à une meilleure sensibilisation des assurés sur le sujet des retraites.

La connaissance déclarée des dispositifs encadrant le départ à la retraite dépend du profil des retraités

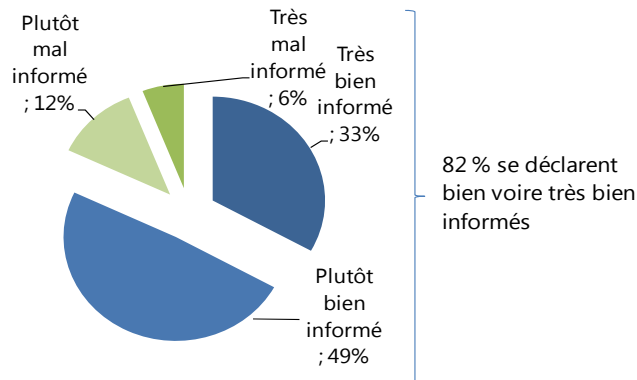
Une étude de la CNAV² rapproche le ressenti des jeunes retraités quant à leur degré de connaissance des cinq dispositifs encadrant le départ en retraite (taux plein, surcote, décote, cumul emploi retraite et retraite progressive) de leurs caractéristiques socio-économiques (sexe, déroulement de carrière, niveau de pension, situation vis-à-vis de l'emploi avant le départ...). Elle mobilise les informations disponibles dans les fichiers administratifs de la CNAV appariées avec les données de réponse à l'enquête. L'apport de ces travaux est qu'ils permettent d'affiner le diagnostic issu de l'analyse descriptive statistique simple. Ils déterminent l'incidence de chaque caractéristique objective du retraité sur son degré de connaissance déclaré, *toutes choses égales par ailleurs*³.

¹ L'échantillon de l'enquête étant par construction représentatif de la population des nouveaux flux de retraités, les résultats présentés dans cette fiche reflètent ainsi les perceptions de l'ensemble des nouveaux retraités.

² Réalisée à partir de la première vague de l'enquête auprès des retraités partis entre juin 2008 et juillet 2009. Cf. Benallah S. (2012), « Le départ à la retraite : motivations et connaissance des droits », dossier solidarité et santé n°34-2012, Drees.

³ Ce que ne permet pas un traitement statistique simple. Les travaux menés consistent à estimer, toutes choses égales par ailleurs, l'incidence de chaque caractéristique objective du retraité sur sa probabilité de déclarer bien connaître le dispositif (estimations économétriques de modèles probit).

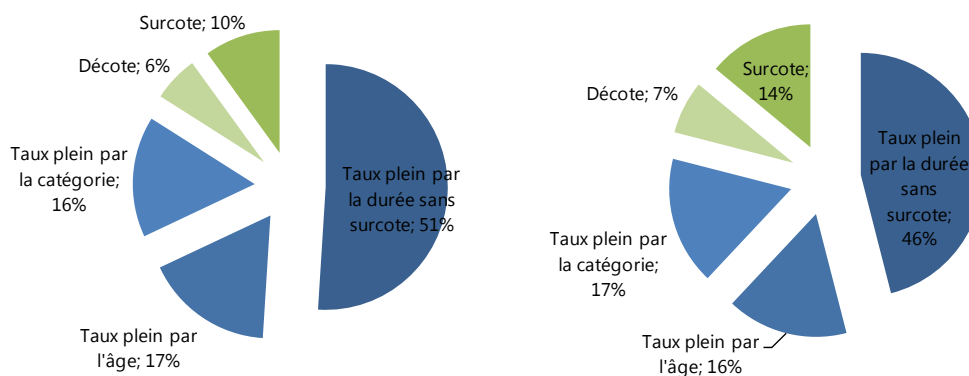
Graphique 1 • Sentiment concernant l'information sur les droits à retraite



Source : Enquête Motivations de départ à la retraite 2012, CNAV-COR-DREES-DSS

Champ : Total des nouveaux retraités résidant en France ayant liquidé une pension du régime général entre juillet 2010 et juin 2011.

Graphique 2 • Répartition des assurés par type de départ



Nota : taux plein par la catégorie : départ en retraite au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité.

Source : Enquête Motivations de départ à la retraite 2010 et 2012, CNAV-COR-DREES-DSS

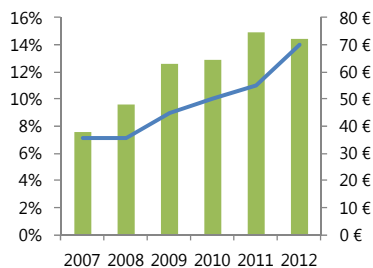
Tableau 1 • Répartition des nouveaux retraités selon leur connaissance des dispositifs

	En %				
	Taux plein	Décote	Surcote	Cumul emploi-retraite	Retraite progressive
Vous n'en avez jamais entendu parler	11	43	53	20	40
Vous en avez entendu parler sans bien savoir de quoi il s'agit	24	26	22	30	38
Vous savez de quoi il s'agit	65	31	25	50	22

Source : Enquête Motivations de départ à la retraite 2012, CNAV-COR-DREES-DSS

Tableau 2 • Evolution de la part des bénéficiaires de la surcote et des effectifs en cumul emploi-retraite au régime général et intra régime

■ Part des assurés du régime général partant en retraite avec surcote
— Gain moyen mensuel



	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012
Hommes	100 310	121 186	140 500	154 840	166 600	176 786
Femmes	70 201	85 701	104 967	125 447	142 014	158 061
Ensemble	170 511	206 887	245 467	280 287	308 614	334 847

Source : CNAV

Ainsi, par exemple, alors que les femmes apparaissent moins bien informées en première analyse statistique (seulement 8% d'entre elles connaissent bien l'ensemble des cinq dispositifs, contre 14% pour les hommes), il ressort qu'à profil identique aux hommes (mêmes carrières, niveaux de pension, statuts d'emploi avant le départ en retraite...), les femmes se déclarent mieux informées que les hommes. Par ailleurs, les retraités ayant des carrières plus longues ont, relativement aux autres, une probabilité plus importante d'avoir déclaré « savoir à quoi correspondent » les dispositifs de taux plein, surcote, décote, cumul emploi-retraite et retraite progressive. Le degré de connaissance est également croissant avec l'âge de début d'activité : plus l'âge du premier emploi salarié est élevé, plus la probabilité de déclarer connaître chacun des dispositifs s'avère importante. Ce résultat est à rapprocher, selon la CNAV, du diagnostic d'un effet positif du niveau de diplôme sur la connaissance des règles et paramètres du système de retraite.

Le niveau de connaissance est également d'autant plus important que les ressources financières sont élevées (niveau de salaire annuel moyen servant au calcul de la pension mais également revenus du conjoint). Enfin, les retraités ayant connu plus d'épisodes de chômage (ayant passé au moins 5% de leur carrière au chômage) se déclarent moins bien informés que les autres¹.

Ces résultats suggèrent que les jeunes retraités qui connaissent le mieux les paramètres encadrant le départ en retraite ont des profils de cadres diplômés ayant connu une carrière complète continue.

Une connaissance très variable d'un dispositif à l'autre

Tous profils de retraités confondus, la connaissance déclarée par les nouveaux retraités du régime général est variable d'un dispositif à l'autre ; certains semblent mieux connus que d'autres. Les notions de taux plein et de cumul emploi retraite sont ainsi déclarées comme étant bien connues alors que celles de décote, surcote et retraite progressive le sont peu (cf. tableau 1) : 65% des personnes interrogées déclarent « savoir de quoi il s'agit » pour le taux plein et la moitié pour le cumul emploi-retraite. Ils sont respectivement 89% et 80% si l'on inclut ceux qui « en ont entendu parler sans bien savoir ce dont il s'agit ». En revanche, plus d'un retraité sur deux déclare n'avoir jamais entendu parler de la surcote, 43% pour la décote et 40% pour la retraite progressive.

Ces résultats sont toutefois à considérer avec circonspection dans la mesure où les termes utilisés sont relativement techniques. Il est probable en effet que les jeunes retraités aient compris la logique des dispositifs et paramètres qui ont déterminé leurs conditions de départ sans pour autant maîtriser les termes techniques associés. Cela explique certainement le fort pourcentage de personnes ayant déclaré ne pas connaître la décote alors même que ceux qui partent avec une décote signent un document de la CNAV attestant du fait qu'ils bénéficieront d'une pension minorée faute d'avoir rempli les conditions requises pour le taux plein². En particulier, parmi les 7 % de retraités partis avec décote en 2008-2009, 12 % ont déclaré ne pas savoir en quoi consiste la décote. Ce chiffre est néanmoins en baisse : ils sont 10 % deux ans plus tard.

Ainsi, si les retraités récemment partis ont un avis positif sur l'information générale qui leur est fournie concernant le système de retraite, il est difficile, à partir des résultats de l'enquête « motivations de départ », d'établir un lien de causalité entre l'information fournie et l'appropriation par ces derniers d'une connaissance fine des dispositifs qui encadrent le départ en retraite.

Le recours plus élevé que l'on observe sur certains dispositifs d'incitation à la prolongation d'activité (cumul emploi-retraite, surcote, cf. tableau 2) n'est pas nécessairement attribuable de manière directe à un meilleur niveau d'information des assurés ; il pourrait être également dû, *toutes choses égales par ailleurs*, au renforcement des incitations financières associées à ces dispositifs opéré depuis leur mise en place (cf. encadré 2). Par exemple, le taux de la surcote a été augmenté et son champ élargi en 2009 afin de rendre le dispositif plus attractif. En 2008, 9,6 % des assurés du régime général bénéficiaient d'une surcote pour un gain mensuel moyen de pension de 35,6 € ; ils étaient 14,4 % en 2012 avec un gain de 70 € par mois en moyenne (cf. graphique 3).

¹ Excepté pour le taux plein qu'ils sont plus nombreux à connaître que ceux qui ont connu moins de 5% de chômage.

² A noter que le terme utilisé dans ce document est celui de pension à « taux minoré ».

Encadré 1 • Les renforcements de l'attractivité de la surcote et du cumul emploi-retraite

Le dispositif de surcote mis en place à compter du 1^{er} janvier 2004, vise à favoriser le maintien en emploi des salariés âgés. Sont éligibles à la majoration de pension dite « surcote » les assurés qui poursuivent leur activité professionnelle après l'âge d'ouverture des droits à la retraite et au-delà de la durée d'assurance nécessaire pour l'obtention du taux plein. La majoration était, jusqu'en 2006, de 0,75 % par trimestre cotisé au titre de la surcote, soit 3 % par an du montant de base de la pension. À compter du 1^{er} janvier 2007 et jusqu'en 2009, un barème progressif en fonction du nombre d'années de surcote et de l'âge est en vigueur. Ainsi, le taux de surcote reste maintenu à 3% la première année d'activité après 60 ans, mais est porté à 4% les années suivantes et atteint 5% au-delà de 65 ans. Jugé insuffisamment incitatif, le dispositif est à nouveau modifié à compter du 1^{er} janvier 2009 : son taux est porté à 5% par année supplémentaire accomplie à partir du 1^{er} janvier 2009.

Le cumul emploi-retraite a été assoupli en 2009 dans le régime général et les régimes alignés. La LFSS pour 2009 a en effet introduit un nouveau cumul emploi retraite, dit libéralisé, qui permet sous certaines conditions de cumuler intégralement sa pension de retraite et le revenu de l'activité reprise. Auparavant un assuré du régime général pouvait cumuler le bénéfice de sa pension de retraite avec la perception de revenus d'activité, mais sous une double condition de rupture du lien avec le dernier employeur avant la liquidation de la pension, et du respect d'un plafond de ressources (revenus d'activité + pensions). En outre, dans le cadre de ce cumul emploi retraite plafonné, un assuré ne pouvait reprendre une activité dans la dernière entreprise qui l'employait avant son départ en retraite qu'à l'issue d'une durée minimale de six mois après la liquidation de la retraite. Cette condition n'est pas retenue dans le cadre du cumul emploi retraite libéralisé.

Désormais, les retraités peuvent cumuler la totalité de leur revenu de leur activité avec leur pension de retraite de base, s'il remplissent les conditions suivantes : avoir au moins l'âge légal de départ en retraite (62 ans à terme pour la génération 1955) et avoir la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein au régime général ou, quelle que soit la durée d'assurance, avoir atteint l'âge automatique d'obtention du taux plein (67 ans à terme) et avoir liquidé l'ensemble de ses pensions personnelles de retraite des régimes de base et complémentaires.

Encadré 2 • L'enquête Motivations de départ à la retraite

L'enquête « motivations de départ à la retraite » résulte d'un travail conjoint entre la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), le conseil d'orientation des retraites (COR), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la direction de la sécurité sociale (DSS). Un échantillon représentatif de 3 103 retraités a été tiré parmi les quelques 664 000 assurés du régime général ayant liquidé leur retraite de droit direct entre le 1^{er} juillet 2010 et le 30 juin 2011. Le questionnaire téléphonique administré pour l'enquête portait sur deux problématiques principales :

- les facteurs ayant motivé la décision de partir en retraite, qu'ils soient de nature législative, personnelle, professionnelle ;
- la connaissance par les liquidants des principaux éléments de leur retraite (durée d'assurance effective, âge légal de départ, montant de pension, etc.) et des dispositifs encadrant le départ à la retraite (décote, surcote, cumul emploi-retraite).

Les réponses aux questionnaires ont été enrichies des données administratives contenues dans les fichiers de la CNAV.

Age de départ	Moins de 60 ans	60 ans	61-64 ans	65 ans ou plus	Ensemble
Effectif de nouveaux retraités	42 129	391 922	99 585	130 669	664 305
Répartition en %					
Ensemble	6	59	15	20	100
Hommes	5	27	8	7	47
Femmes	2	32	7	13	53
Par type de départs en %					
Taux plein par la durée sans surcote	6	35	4	0	46
Taux plein par l'âge	0	0	0	16	16
Taux plein par la catégorie	0	15	1	0	17
Décote	0	6	2	0	7
Surcote	0	3	7	3	14

Source : Enquête Motivations de départ à la retraite 2012, CNAV-COR-DREES-DSS

Une première vague de l'enquête avait été menée en février et mars 2010 auprès d'un échantillon de retraités du régime général ayant liquidé entre juin 2008 et juillet 2009. La troisième vague, en cours de réalisation, élargit son champ aux retraités de la fonction publique d'Etat (service des retraites de l'Etat) et des collectivités locales (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales).

Pour en savoir plus :

Les résultats de la première et de la seconde vague ont chacun fait l'objet d'une publication :

- Première vague : Benallah S., Aubert P., Barthelemy N., Cornu-Pauchet M., Samak J., 2011, « Les motivations de départ à la retraite », Études et Résultats, DREES, n° 745, janvier (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er745.pdf>) ;
- Deuxième vague : Benallah S., Barthelemy N., Mamache M., 2013, « Les motivations de départ à la retraite : stabilité entre 2010 et 2012 », Études et Résultats, DREES, n° 838, avril (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er838-2.pdf>) ;

4.10 Le développement de la garde d'enfants

Le soutien au développement de la garde d'enfants constitue un axe prioritaire pour la branche famille car il permet aux familles de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale, en particulier pour celles ayant de jeunes enfants non encore scolarisés. D'autres acteurs publics contribuent également à l'évolution de la garde des jeunes enfants : les collectivités locales, par leur rôle de financeur et/ou de gestionnaire des établissements d'accueil du jeune enfant (ÉAJE¹) et leur rôle de régulateur de la garde d'enfant (notamment par l'attribution d'agrèments), ainsi que l'État, par son action sur la scolarisation des enfants de moins de 3 ans, ou parce qu'il prend en charge une partie des coûts de garde des familles au moyen de crédits d'impôt. Au total, la France consacre à l'accueil formel² des jeunes enfants près de 1,1% de son PIB, soit 0,4 point de plus que la moyenne de l'OCDE³.

Un effort financier important pour la branche famille, en nette progression depuis 2009

Un effort financier global de la branche de près de 8,8 Md€ en faveur de la garde individuelle et collective

En 2012, la branche a dépensé près de 8,4 Md€ dans le cadre du soutien à la garde d'enfants : près des deux tiers de l'enveloppe (5,8 Md€) correspondent à des prestations légales versées aux familles qui recourent à un mode de garde individuel par un assistant maternel ou un salarié à domicile (cf. encadré 1), et 2,6 Md€ correspondent à un financement direct des structures d'accueil collectives (au titre de l'action sociale). Par ailleurs, près de 0,4 Md€ ont été consacrés aux investissements dans de nouvelles structures d'accueil collectif ou dans la rénovation des structures existantes.

Depuis 2009, l'effort financier de la branche famille au soutien de la garde d'enfants a progressé de près de 7% par an, aussi bien au profit de l'accueil individuel que de l'accueil collectif (cf. tableau 1). La convention d'objectif et de gestion (COG) signée entre l'État et la CNAF pour la période 2009-2012 avait fixé un objectif de création de 200 000 solutions d'accueil supplémentaires sur les quatre années, réparties pour moitié entre l'accueil collectif⁴ et l'accueil individuel. La nouvelle COG a fixé un objectif de création de 275 000 nouvelles solutions d'accueil sur la période 2013-2017 décomposé en 100 000 nouvelles places en accueil collectif, 100 000 enfants supplémentaires accueillis par des assistantes maternelles et 75 000 places d'accueil en école maternelle pour les enfants de 2 à 3 ans.

Un dynamisme important des dépenses consacrées aux aides à la garde individuelle

Les dépenses consacrées aux aides à la garde individuelle, qui bénéficient aujourd'hui à plus de 840 000 familles ont progressé de près de 6% en moyenne annuelle sur la période 2009-2012, sous l'effet du dynamisme des aides à la garde par un assistant maternel, qui représentent 96% des masses (cf. tableau 1).

Deux mesures mises en place en 2009 ont accompagné cette progression : l'agrément des assistants maternels qui peut autoriser la garde de 4 enfants simultanément (contre 3 auparavant) et la création des « maisons d'assistants maternels » (MAM), qui permettent aux assistants d'exercer dans les mêmes locaux et de pratiquer la délégation d'accueil⁵. Le nombre moyen d'enfant par assistant maternel n'a cependant que légèrement crû entre 2009 et 2012 alors même que le nombre d'assistants progressait de 7%. Sur cette période, le nombre d'enfants de moins de 3 ans gardés par un assistant maternel a ainsi augmenté de près de 80 000, pour atteindre 621 000 en 2012, soit une progression annuelle moyenne de près de 3% sur la période.

¹ La dénomination « établissements d'accueil du jeune enfant » désigne les structures d'accueil collectif anciennement appelées « crèches » ou « haltes-garderies ».

² L'accueil dit formel regroupe la garde à domicile ou par un assistant maternel et l'accueil en ÉAJE ou en école préélémentaire.

³ Source : OCDE 2008

⁴ Les 100 000 solutions d'accueil collectif correspondant à 60 000 nouvelles places au sein des ÉAJE et 40 000 équivalent-places par l'augmentation de la fréquentation par place déjà disponible.

⁵ La délégation d'accueil permet à un assistant maternel, avec l'accord des parents, de déléguer de façon ponctuelle la garde d'un enfant à un autre assistant maternel exerçant dans la même MAM.

Tableau 1 • Évolution du financement par la branche famille de l'accueil des jeunes enfants (2009-2012)

en M€	COG 2009-2012				Évolution annuelle moyenne
	2009	2010	2011	2012	
Financement courant des solutions d'accueil	6 890	7 440	7 960	8 410	6,9%
Accueil individuel	4 900	5 270	5 600	5 820	5,9%
Garde par un assistant maternel	4 560	4 910	5 220	5 420	5,9%
Garde à domicile	290	300	300	290	0,0%
Accueil individuel via un prestataire	60	60	80	110	22,4%
Accueil collectif	1 990	2 170	2 360	2 590	9,2%
ÉAJE	1 140	1 290	1 440	1 570	11,3%
Accueil familial	170	180	180	190	3,8%
Accueil parental	30	30	30	30	0,0%
Fonction globale d'accueil	600	550	570	590	-0,6%
Autres dépenses d'accueil collectif	50	130	140	220	63,9%
Investissement dans les solutions d'accueil	70	80	100	370	74,2%

Source : CNAF (T1PF 2012, VFDAS 2012)

Précision : Les autres dépenses d'accueil collectif comportent notamment les dépenses de CMG au titre d'une garde en micro-crèche dont l'enveloppe a été très dynamique sur la période.

Note de lecture : Le financement de l'accueil collectif par la branche Famille a évolué de 1 990 M€ en 2009 à 2 590 M€ en 2012, soit une croissance annuelle moyenne entre 2009 et 2012 de 9,2%.

Tableau 2 • Évolution du nombre d'enfants de moins de trois ans gardés par un assistant maternel (2009-2012)

	COG 2009-2012			
	2009	2010	2011	2012
Enfants de moins de 3 ans				
Nombre d'enfants de moins de 3 ans gardés par un assistant maternel	563 600	584 600	607 100	621 200
Nombre d'enfants supplémentaires de moins de 3 ans gardés par un assistant maternel				
Objectif	+ 25 000	+ 25 000	+ 25 000	+ 25 000
Réalisation	+ 21 200	+ 21 000	+ 22 500	+ 14 100
Taux de réalisation cumulée	85%	84%	86%	79%
Caractéristiques de la garde				
Nombre mensuel d'heures d'accueil par enfant et par assistant maternel	122 h 51	123 h 05	123 h 01	122 h 48
Nombre d'enfant gardés par assistant maternel	1,95	1,95	1,97	1,98

Source : ACOSS (calculs DSS/6C)

Note de lecture : L'objectif de développement du nombre d'enfants de moins de 3 ans était fixé à 25 000 en 2012. Seuls 14 100 enfants supplémentaires ont été effectivement gardés cette année, portant le taux de réalisation cumulée de l'objectif à 79% sur la période COG (2009-2012).

Tableau 3 • Évolution du nombre de places disponibles en ÉAJE (2009-2012)

	COG 2009-2012			
	2009	2010	2011	2012
Nombre total de places physiques	351 900	359 100	367 800	377 000
Nombre de places physiques créées				
Objectif	+ 12 500	+ 14 900	+ 17 100	+ 15 900
Réalisation	+ 12 400	+ 14 100	+ 15 700	+ 14 700
Augmentation de fréquentation par place (AFP)				
Objectif	+ 10 000	+ 9 900	+ 9 800	+ 9 800
Réalisation	+ 8 300	+ 11 400	+ 11 400	+ 5 200
Suppression de places physiques	- 5 200	- 4 200	- 6 900	- 5 600
Nombre total d'équivalents-places et places physiques supplémentaires en établissement collectif				
Objectif	+ 22 500	+ 24 800	+ 27 000	+ 25 700
Réalisation brute (hors suppression de places)	+ 20 700	+ 25 500	+ 27 100	+ 19 900
Taux de réalisation cumulée	92%	98%	99%	93%

Source : CNAF (calculs DSS/6C)

Note de lecture : En 2012, 14 700 nouvelles places ont été créées en ÉAJE. Par ailleurs, 5 200 équivalents-places ont été produits grâce à l'augmentation du taux de fréquentation par place déjà existante, ce qui porte l'augmentation brute totale du nombre de solutions d'accueil collectif en 2012 à 19 900 pour un objectif initialement fixé à 25 700.

Un financement du fonctionnement des établissements d'accueil des jeunes enfants en progression, doublé d'investissements très dynamiques

Les financements dédiés au fonctionnement des ÉAJE ont crû de 11% en moyenne annuelle sur la période 2009-2012. Par ailleurs, les dépenses consacrées à l'investissement, bien que modestes par rapport au financement du fonctionnement, ont connu une très forte progression, passant de 70 M€ en 2009 à 370 M€ en 2012 dans le cadre des plans crèches successifs.

Sur cette période, le nombre de nouvelles solutions d'accueil au sein des ÉAJE a augmenté de plus de 93 000 places (hors suppressions de places) soit un taux de réalisation brut de 93% de l'objectif de 100 000 fixé par la COG 2009-2012 (cf. tableau 3). Près de 57 000 nouvelles places ont été ouvertes pour un objectif de 60 000 et environ 36 000 sur 40 000 équivalents-places ont été créées grâce à l'augmentation du taux effectif de fréquentation par place déjà existante.

Toutefois, ces créations de places se sont accompagnées de fermetures de places sur la période : que ce soit au sein des ÉAJE (près de 22 000 places détruites) ou au sein des écoles préélémentaires (près de 58 000 enfants préscolarisés en moins). En effet, du fait du rebond du nombre de naissances depuis le début des années 2000, l'effort de l'éducation nationale s'est dirigé en priorité vers les enfants de plus de 3 ans, pour lesquels la scolarisation est un droit, aux dépens des enfants de moins de 3 ans, pour lesquels la scolarisation est optionnelle.

Compte tenu de ce phénomène, les objectifs inscrits dans la nouvelle COG (2013-2017) portent désormais sur la progression nette du nombre de solutions d'accueil collectif et intègrent une participation active de l'État au développement de l'accueil par l'augmentation du nombre d'enfants scolarisés avant l'âge de trois ans.

Des objectifs de développement désormais orientés vers la correction des inégalités territoriales et sociales d'accès à l'offre de garde

Mieux répartir le développement des capacités d'accueil

Dans le sillage des orientations données par le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion de janvier 2013, la COG 2013-2017 fixe un certain nombre d'objectifs en matière de réduction des inégalités d'accès à l'offre de garde formelle entre les territoires et entre les populations.

Face au maintien de fortes disparités d'offre d'accueil entre les territoires, la nouvelle COG introduit des objectifs de développement spécifiques pour les communes dont la capacité d'accueil à l'issue de la dernière COG est inférieure à la moyenne nationale, soit plus d'un tiers des communes. La correction des ces inégalités territoriales se fera au moyen d'un fonds de rééquilibrage territorial destiné à soutenir financièrement les territoires défavorisés.

Assurer un accès plus égalitaire à l'accueil collectif

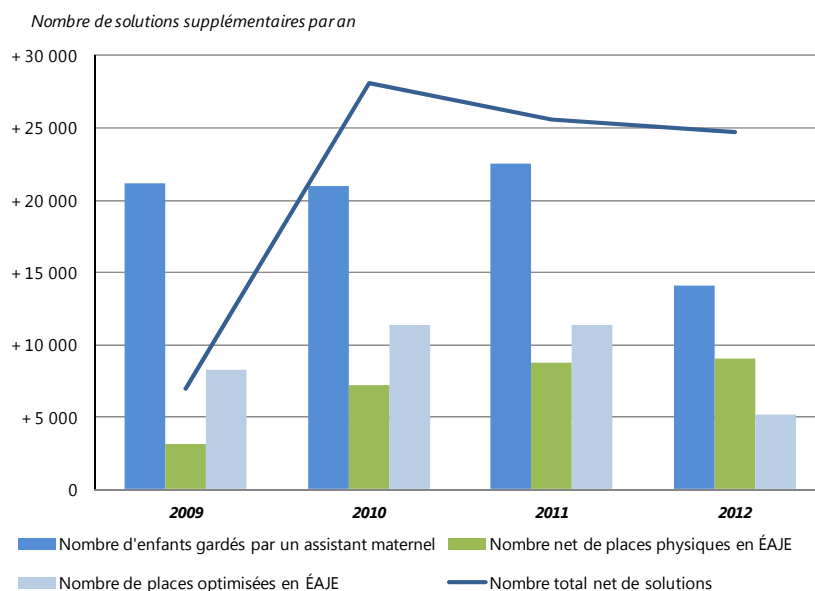
Les disparités d'offre d'accueil suivant le territoire se doublent aussi de disparités d'accès aux différents modes de garde suivant le niveau de vie des familles. Un nouvel objectif portant sur une part minimale d'enfants issus de familles pauvres accueillis au sein des crèches a donc été inscrit dans la COG 2013-2017. A terme, la part de ces enfants dans ces structures devra au moins être égale à la part qu'ils représentent parmi les enfants du même âge sur le territoire concerné, avec dans tous les cas un minimum de 10% d'enfants issus de familles pauvres accueillis en ÉAJE.

Encadré 1 • Les aides à la garde d'enfants financées par la branche famille

Dans le cas de la garde individuelle, le financement de par la branche est assuré via le versement d'une prestation légale, le complément de libre choix du mode de garde (CMG), qui prend en charge tout ou partie des cotisations sociales dans le cas d'un emploi direct d'un salarié par la famille (100% dans le cas de l'emploi d'une assistante maternelle et 50% dans le cas d'une garde à domicile). En cas d'emploi direct d'une assistante maternelle ou d'une garde d'enfant à domicile, la branche prend également en charge une partie de la rémunération du salarié : le montant de la prise en charge partielle de la rémunération du salarié (assistant maternel ou employé à domicile) dépend des revenus, du nombre d'enfants et de leur âge. Un minimum de 15 % de la dépense reste à la charge des familles.

Dans le cas de la garde collective, le cofinancement par la branche se matérialise par la prestation de service unique (PSU) qui prend en charge jusqu'à 66% du coût des structures. Par ailleurs, la signature d'un contrat enfance jeunesse (CEJ) entre la structure d'accueil et la CAF ouvre droit à un financement supplémentaire dans le cadre de la mise en place d'un schéma de développement de l'accueil.

Graphique 1 • Synthèse de l'évolution du nombre de solutions de garde financées par la branche famille sur le champ des enfants de moins de 3 ans (2009-2012)



Source : CNAF, ACOSS, DEPP (calculs DSS/6C)

Note de lecture : La progression nette annuelle des solutions d'accueil a été comprise entre 5 000 et 30 000 solutions chaque année grâce au développement des solutions d'accueil financées par la branche.

5. LA TRESORERIE DU REGIME GENERAL

5.1 Les charges et produits financiers de l'ACOSS

Le régime général fait partie des régimes autorisés par la loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes pour la couverture de ses besoins de financement. L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est chargée de la gestion centralisée de la trésorerie des différentes branches du régime général. Elle finance ses besoins de trésorerie par des emprunts auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC), par des émissions de dette à court terme sur les marchés financiers ainsi que par la mobilisation, contre rémunération, d'excédents de trésorerie d'autres organismes de sécurité sociale. L'ACOSS, qui supporte les frais financiers liés à ces différents emprunts, facture à chaque branche les intérêts afférents à sa propre situation financière (cf. encadré 2).

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -23,8 Md€ fin 2013

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est élevé à -23,8 Md€ au 31 décembre 2013, après -16,6 Md€ au 31 décembre 2012. La trésorerie s'est dégradée de 7,2 Md€ sur l'année 2013, malgré une reprise de dette par la CADES à hauteur de 7,7 Md€ effectuée en juin 2013, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

La LFSS pour 2013 a fixé le plafond de découvert de trésorerie de l'ACOSS à 29,5 Md€. Cette limite a été respectée avec un point bas en « brut », c'est-à-dire y compris les financements liés à la politique de gestion des risques financiers mise en place par l'ACOSS, à -29,3 Md€ atteint en avril 2013.

Le résultat financier de l'ACOSS a été de -26 M€ en 2013

Avec 28 M€ de charges financières, le résultat financier net de l'ACOSS (qui correspond à la différence entre les charges d'intérêt liées aux emprunts et les produits financiers liés à certaines disponibilités ponctuelles de trésorerie) s'est élevé à -26 M€ en 2013, en hausse par rapport à 2012 (cf. tableau 1).

Cette évolution s'explique principalement par un effet volume, le déficit moyen de l'ACOSS passant de 8,1 Md€ en 2012 à 19 Md€ en 2013. Il a été atténué toutefois par un coût de financement très bas, essentiellement lié au très faible taux EONIA¹.

Le coût moyen de financement de l'ACOSS s'établit à 0,137% (contre 0,187% en 2012), légèrement au dessus de la moyenne du taux EONIA au cours de l'année 2013 à 0,09% (après 0,23% en 2012).

En 2013, comme en 2012, le taux moyen de financement est directement corrélé aux évolutions observées s'agissant des stratégies de la couverture des besoins de trésorerie. La structure du financement fait ainsi une large place aux instruments de marché (57% du financement), ce qui permet de bénéficier du niveau exceptionnellement bas des taux d'intérêt. Par ailleurs, la part de la CDC dans le financement de l'ACOSS reste quasiment stable, pour s'établir à 9% (après 8% en 2012). : l'agence a souscrit un prêt socle de 3 Md€ sur une durée de sept mois en 2013, alors qu'en 2012, elle avait seulement fait appel aux instruments bancaires de financement des pensions et d'avances de trésorerie². La mutualisation des trésoreries sociales et publiques *via* des comptes de dépôt (CNSA, RSI) et la souscription de billets de trésorerie par des acteurs de la sphère sociale (CADES, CAMIEG) ou publique (AFT), représente quant à elle 34% du financement.

¹ Euro overnight index average : taux interbancaire au jour le jour. Il constitue le taux de référence pour les emprunts de court terme.

² Les concours de la CDC représentent un encours moyen d'environ 850 M€ pour un montant total emprunté d'environ 11 Md€ en 2012. En 2013, ces concours sont de 2 Md€ en moyenne sur un total de 22 Md€ de besoin de financement moyen.

Tableau 1 • Résultat financier 2013 de l'ACOSS

	en millions d'euros	
	2012	2013
CHARGES FINANCIERES	-22	-28
Caisse des dépôts et consignations	-6	-9
Prêt socle	0	-5
Prêt court terme (pensions de retraite)	-3	-2
Avances J-1 et JJ	-3	-3
Pénalités		0
Titres de créances négociables	-16	-19
Billets de trésorerie	-9	-10
Euro Commercial Paper	-5	-6
Autres (appels de marge ECP, coupons pensions livrées, swap de taux, etc.)	0	0
Dépôt (CNSA, RSI notamment)	-2	-3
PRODUITS FINANCIERS	7	2
Rémunération comptes CDC	5	0
Rémunération compte Banque de France	1	1
Autres (pensions livrées, appels de marge ECP, intérêts relations avec tiers)	1	1
RESULTAT NET	-15	-26

Source : DSS/ACOSS – données comptables

Tableau 2 • Charges financières nettes de l'ACOSS pour chaque trimestre 2013

	T1	T2	T3	T4
Charges financières nettes	3,7 M€	4,8 M€	6,7 M€	9 M€
Point bas net de trésorerie	-22,2 Md€	-27,2 Md€	-22,9 Md€	-24,7 Md€
Taux EONIA moyen	0,07%	0,08%	0,08%	0,12%

Source : DSS/ACOSS

Note de lecture : Le tableau ci-dessus présente une chronique trimestrielle des charges financières payées par l'ACOSS au jour le jour. Elles peuvent présenter des écarts réduits avec le suivi comptable effectué en droits constatés. Cette chronique permet de mettre en évidence l'impact sur les charges financières, d'une part, de l'évolution des besoins de trésorerie et d'autre part, de l'évolution des taux d'intérêt.

Encadré 1 • Conditions de financement des besoins de trésorerie du régime général

Le partenaire de référence du régime général est la caisse des dépôts et consignations (CDC). Leurs relations financières sont formalisées dans une convention signée le 29 décembre 2010 pour la période 2011-2014. Elle prévoit un financement structuré en trois étages :

- 1) des prêts fermes de « moyen terme », de 3 à 12 mois, destinés à couvrir le socle des besoins de financement de l'ACOSS : leur montant est strictement limité et ne peut être supérieur, dans la limite par ailleurs de 10 Md€, à 33% du plafond de trésorerie fixé en LFSS ;
- 2) des prêts de court terme (ou « prêts tuiles » de 6 jours ouvrés) pour faire face, spécifiquement, à l'échéance du versement des pensions de retraite du 9 de chaque mois : ces prêts sont plafonnés à 3,5 Md€ par mois en 2011-2012, puis à 2,5 Md€ par mois à compter de 2013 ;
- 3) des avances à 24h ou au jour le jour, dans la limite globale de 1,5 Md€, pour faire face aux aléas de trésorerie.

La convention dispose également que l'ACOSS ouvre un compte de secours bloqué de 500 M€ auprès de la CDC destiné à couvrir les éventuels retards de flux d'encaissement (notamment de cotisations).

Par ailleurs, depuis 2007, l'ACOSS est également autorisée à émettre directement sur les marchés financiers des billets de trésorerie. En complément l'ACOSS a recours depuis 2010 à des émissions d'« euro commercial papers » (ECP), assurées techniquement par l'Agence France Trésor pour le compte de l'ACOSS.

Elle peut également compter sur la mutualisation des trésoreries des organismes sociaux, qui représentent de l'ordre de 2 à 5 Md€.

Les charges et produits financiers 2013 des branches du régime général

Si la gestion de trésorerie est assurée de façon centralisée par l'ACOSS, chaque branche se voit affecter les charges et produits financiers correspondant à ses besoins ou ses capacités propres de financement (cf. encadré 2).

Le résultat financier net des quatre branches du régime général s'est établi en 2013 à -27 M€ après -18 M€ en 2012.

Même si, comme en 2012, la branche vieillesse supporte les frais financiers les plus importants (13,5 M€ sur un total de 27 M€), ceux-ci accusent une baisse par rapport à l'année précédente (17,1 M €), grâce à des taux d'intérêts bas, alors que les soldes moyens de la branche sont plus élevés (-9,9 Md€ en 2013 contre -9,2 Md€ en 2012).

En revanche, le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie augmente, passant de 6,6 M€ en 2012 à 13 M€ en 2013.

Les frais financiers de la branche AT-MP sont stables entre 2012 et 2013 (2,2 M€ en 2013 contre 2 M€ en 2012).

Enfin, l'excédent financier de la branche famille est ramené à 2 M€ en 2013, contre 7,7 M€ en 2012.

Le résultat financier de l'ACOSS devrait atteindre 53 M€ en 2014

Les besoins de trésorerie de l'ACOSS seront contenus sous l'effet de l'opération de reprise de dette CADES. D'une part, la LFSS pour 2014 élargit le champ de la reprise de dette prévue par la LFSS pour 2011 en intégrant les déficits des branches maladie et famille (cf. tableau 3 et fiche 6-11) pour un montant plafonné à 10 Md€. D'autre part, la reprise, qui s'est opérée en amont de la clôture des comptes sur la base de montants prévisionnels a fait l'objet de six versements échelonnés entre février et juin, afin de lisser le transfert sur une plus longue période, et de soulager la trésorerie du régime général dès le début de l'année avec un premier versement de 2 Md€ intervenu le 6 février 2014.

Ainsi, le besoin de financement moyen de l'ACOSS serait en hausse en 2014 : 23,5 Md€ contre 22 Md€ en 2013), avec un point bas atteint en avril à -30 Md€ mais en dessus du plafond de trésorerie fixé en « brut » à 34,5 Md€ pour 2014. L'écart entre le point bas et le plafond résulte du fait que l'estimation établie pour fixer le plafond lors de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale ne pouvait pas prendre en compte l'impact d'une reprise de dette échelonnée dans le temps pour un montant de 10 Md€, ni le solde de trésorerie de fin d'année 2013 de l'ACOSS amélioré par rapport aux prévisions établies en septembre.

Le résultat financier atteindrait environ -53 M€ contre -26 M€ en 2013. Cette augmentation tiendrait compte de la hausse du taux EONIA moyen observé depuis le début de l'année 2014 (les valeurs de l'EONIA fluctuent avec un EONIA constaté sur le mois d'avril à 0,23% contre 0,09% en moyenne sur l'année 2013), mais resterait contenue grâce à une détente des taux courts (avec un taux EONIA anticipé à 0,06% dès septembre), qui auraient un impact important compte tenu de la structure de financement où les instruments de marché représenteraient environ 50% de la part du financement.

Encadré 2 • Le passage du résultat financier de l'ACOSS à celui du régime général

Chaque année, en amont de la clôture des comptes, le taux d'intérêt moyen de financement du régime général est fixé par arrêté. Ce taux de référence, qui tient compte des conditions effectives de financement de l'ACOSS, est calculé en rapportant, pour une année donnée, le total des intérêts payés par l'agence au titre de cette même année au solde moyen de son compte net de frais financiers.

Appliqué ensuite séparément au solde de trésorerie net d'intérêts de chacune des branches, il permet de déterminer le montant des charges financières à inscrire dans leurs comptes respectifs et de répartir au plus juste les intérêts créditeurs et débiteurs entre les branches. Pour 2013, le taux a été fixé à 0,137 %, après 0,187 % en 2012.

L'écart entre le montant des charges financières ACOSS et la somme des charges financières ainsi calculées pour les 4 branches (1M€ en 2013) tient à ce que le besoin de financement de l'ACOSS est affecté positivement par ses relations financières avec des organismes tiers, compte tenu notamment du délai qui peut exister, même de façon très limitée, entre le recouvrement et le reversement de certaines recettes.

En application de l'article R. 255-7 modifié, ce solde positif est comptabilisé et ventilé au niveau de chaque branche du régime général en produits financiers sur la base des clés appliquées pour la répartition de la contribution des branches au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS (cf. tableau 3).

Tableau 3 • Résultat financier net des branches du régime général (avant-après application de l'article R.255-7 – cf. encadré 2)

		<i>en millions d'euros</i>	
RESULTAT FINANCIER NET AVANT APPLICATION ARTICLE R. 255-7	2012	2013	
Assurance maladie	-6,6	-13,0	
Accident du travail	-2,0	-2,2	
Allocations familiales	7,7	1,7	
Assurance vieillesse	-17,1	-13,5	
Total	-18,0	-27,0	
RESULTAT FINANCIER NET APRES APPLICATION ARTICLE R. 255-7	2012	2013	
Assurance maladie	-5,1	-12,6	
Accident du travail	-1,9	-2,1	
Allocations familiales	8,2	2,0	
Assurance vieillesse	-16,3	-13,3	
Total	-15,1	-26,0	
Rappel : résultat financier de l'ACOSS	-15,1	-26,0	

Source : DSS/ACOSS – données comptables

Tableau 4 • Versement de la CADES à l'ACOSS en 2014 au titre de la reprise de dette votée en LFSS pour 2011 et LFSS pour 2014 (décret n°2014-97 du 3 février 2014)

				<i>En milliard d'euros</i>
	Année du déficit transféré	Montant du déficit de l'année	Déficit transféré en 2014	
CNAM -AM	2012	5,9	4	
CNAV*	2013	3,3	3,3	
FSV*	2013	2,7	2,7	
Total			10	

*Prévisionnel

Source : DSS

5.2 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 trouve une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprises de dettes (1994, 1996, 1998, 2004 à 2009, puis 2011 à 2013) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie reflète largement le résultat du régime général (cf. graphique 1).

En 2013, le résultat en droits constatés du régime général (-12,5 Md€) diffère de 2,5 Md€ de la variation de trésorerie sur le compte ACOSS (-15,0 Md€). Cet écart s'explique en premier lieu par un écart de champ. En effet, la variation de trésorerie du seul régime général s'établit à -14,7 Md€. La gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes au titre des tiers et la gestion des dépenses de prestations réalisées par les organismes du régime général pour le compte des tiers contribue pour 0,3 Md€ à une dégradation de la variation de trésorerie globale en 2013. Ce dernier montant peut se décomposer en deux parties : d'une part, les URSSAF sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (UNEDIC, RSI, FSV, CADES, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des URSSAF. En 2013, l'écart entre les encaissements et les versements pour compte de tiers s'élève à -0,1 Md€, après -0,9 Md€ en 2012. 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 (RSA, allocations logement, aide médicale d'État, fonds CMU...). En 2013, l'ACOSS a versé 0,2 Md€ de plus que les compensations reçues au titre de diverses prestations (l'écart était nul en 2012).

L'écart entre la variation de trésorerie du régime général et le résultat en droits constatés, soit 2,2 Md€, s'explique ensuite par différents éléments (cf. tableau 1) :

- comme pour les années précédentes, le FSV contribue très fortement à augmenter le déficit de trésorerie (3,0 Md€) en retardant le versement des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage, ce qui accroît sa dette vis-à-vis du régime général. Or, la prise en charge des cotisations des périodes de chômage par le FSV est en revanche comptablement enregistrée comme produit par la branche vieillesse ;
- les montants de crédits affectés en 2013 par l'Etat au titre de la compensation des exonérations (mesures emploi et heures supplémentaires) ont été inférieurs aux dépenses (0,2 Md€) alors qu'une situation proche de l'équilibre a été constatée pour les remboursements de prestations à sa charge (AAH). En 2013, comme en 2012, la créance de l'Etat au titre des mesures emploi continue à diminuer pour s'établir à 60 M€ fin 2013 (contre 0,1 Md€ fin 2012) ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie ne sont pas neutres, et ont amélioré la trésorerie de 0,5 Md€ en 2013. En 2013, comme en 2012, les décalages sur les cotisations dans les URSSAF ont eu un effet négatif de 0,2 Md€ sur la trésorerie car les encaissements de janvier 2014 sont supérieurs à ceux de janvier 2013. A l'inverse, les décalages liés aux prestations familiales et aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) ont joué positivement pour 0,4 Md€. De plus, le décalage début 2014 des enveloppes 2013 du fonds d'intervention régional (FIR) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont contribué pour +0,3 Md€ ;
- l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds a lieu l'année de la parution du texte qui en fixe le montant, alors que les versements interviennent au rythme de leurs besoins ; en 2013 les dotations ont été inférieures aux versements de 0,1 Md€ ;
- les « autres éléments » regroupent des corrections plus difficilement estimables, notamment des effets d'opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie.

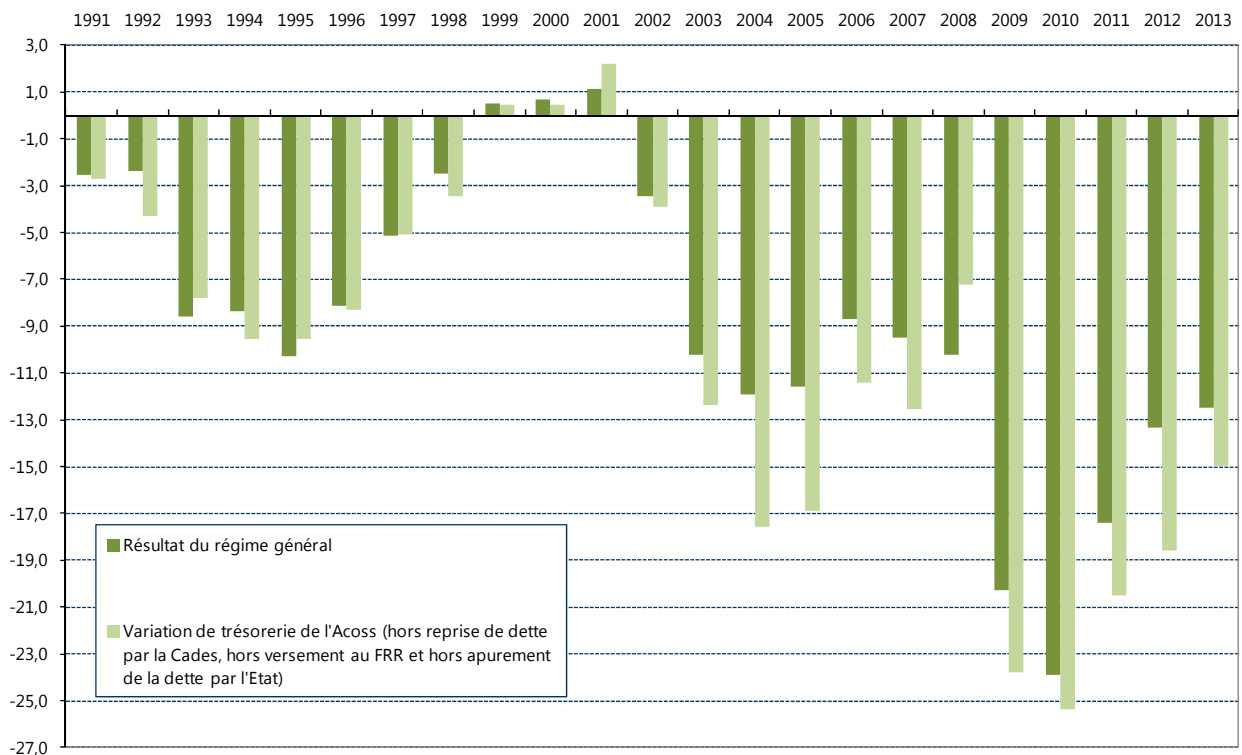
Tableau 1 • Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2010 à 2013

		<i>en milliards d'euros</i>			
		2010	2011	2012	2013
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-23,9	-17,4	-13,3	-12,5
Corrections	(2)	-1,9	-3,4	-4,3	-2,2
Insuffisance FSV		-4,6	-4,8	-4,4	-3,0
Remboursement exonérations (Etat)		1,9	1,0	-0,4	-0,2
Remboursements prestations (Etat)		0,1	0,1	0,2	0,0
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-0,1	0,0	-0,2	0,5
Décalage sur les participations à certains fonds		0,3	0,3	0,0	-0,1
Autres éléments		0,4	0,0	0,5	0,6
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-25,8	-20,8	-17,6	-14,7
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	0,4	0,3	-0,9	-0,3
Variation de trésorerie de l'Acoss	(5)=(3)+(4)	-25,4	-20,5	-18,6	-15,0
Reprise de dette de la Cades	(6)	0,0	65,3	6,6	7,7
Variation de trésorerie de l'Acoss <i>vc.</i> reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	-25,4	44,8	-12,0	-7,3

Source : ACOSS

Note de lecture : hors versement des excédents comptables passés, hors reprise de dette par la CADES et hors apurement de dettes de l'État

Graphique 1 • Solde du régime général et variation de trésorerie



Source : ACOSS

**6. LES COMPTES DU REGIME
GENERAL ET DES
ORGANISMES CONCOURANT A
SON FINANCEMENT**

6.1 Les comptes de la branche maladie

Malgré des dépenses contenues, le déficit de la CNAM s'est dégradé de 0,9 Md€ en 2013, pour s'établir à 6,8 Md€, suite à un net ralentissement de la progression des recettes. En 2014, les recettes de la branche maladie progresseraient plus rapidement, permettant une amélioration du solde de 0,7 Md€.

La faible progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM permet de limiter la croissance des charges de la CNAM

L'évolution des prestations du champ de l'ONDAM (87% des charges de la CNAM) est le principal moteur de progression des charges. En 2013, elle explique 2 points sur 2,4% de croissance des charges nettes.

La croissance des prestations de la branche maladie dans le champ de l'ONDAM s'est ralentie en 2013 (+2,3% après +2,8% 2012), progressant à un rythme légèrement inférieur à celui des dépenses de l'ONDAM de l'ensemble des régimes maladie (+2,4% en 2013, cf. fiche 3-4). Les dépenses comptables des établissements ont augmenté de seulement 2,5% en 2013, en dépit de l'extension du périmètre du FIR. En effet, le traitement comptable des dépenses gérées par le fonds d'intervention régional (FIR) se traduit, à partir de 2012, par la comptabilisation en charges de la CNAM au titre de dépenses de prestations pour les autres régimes de base. En contrepartie, la CNAM inscrit en produit un transfert des autres régimes maladie. Ce changement de périmètre des dépenses de la CNAM contribue pour 2,2 points à la croissance de 2,5% des charges des établissements. En 2014, les dépenses maladie des établissements devraient progresser à un rythme légèrement supérieur (+2,7%). La baisse des prestations nettes des soins des Français de l'étranger (-19,5% en 2013), qui avaient fortement augmenté en 2012 suite à d'importantes régularisations au titre des années antérieures, a permis de ralentir la progression des charges. En 2013, l'évolution des dépenses de soins de ville s'est accélérée (+2,3% en 2013 contre +1,8% en 2012), notamment en raison de la hausse des indemnités journalières (+1,6% après -2,2% en 2012). En 2014, la croissance des prestations maladie de soins de ville devrait augmenter de 2,7% sous l'hypothèse d'une sous consommation de l'ONDAM d'environ 0,8 Md€ dont 0,4 Md€ sur les prestations de soins de ville de l'ensemble des régimes.

Les prestations hors ONDAM sont tirées par la croissance des dépenses d'invalidité

Les prestations hors ONDAM (6,4% des charges nettes de la CNAM) ont contribué pour 0,2 point à la croissance des charges nettes en 2013. Leur dynamisme reflète celui des prestations d'invalidité qui s'explique par l'effet mécanique du recul de l'âge légal de départ à la retraite, accroissant la durée passée en invalidité. Ces dernières ont augmenté de 5,3% en 2013 et devraient croître à un rythme proche en 2014 (+5,0%). Les autres dépenses de ce poste sont relativement atones à l'exception des dépenses médico-sociales à la charge de la CNSA (+7,8% en 2013 et +14% en 2014) et des soins des étrangers (-7,3% en 2013 et +9,7% en 2014). Ces charges sont financièrement neutres pour la CNAM car elles font l'objet d'un remboursement intégral par la CNSA pour les unes et des systèmes de sécurité sociale étrangers pour les autres.

Les autres charges augmentent en 2013 du fait de la hausse des dotations aux fonds hospitaliers

Les charges de gestion courante de la CNAM ont légèrement augmenté en 2013 (+1,8%), mais baisseraient en 2014 (-1,4%). Les transferts versés aux régimes de base sont restés stables : les transferts de compensation ont diminué de 2,9% alors que parallèlement les transferts d'équilibrage ont augmenté de 5,9%. Ces évolutions devraient s'inverser en 2014. Les dotations aux fonds hospitaliers intégrés dans l'ONDAM ont fortement progressé en 2013, essentiellement du fait de l'augmentation de la subvention à l'ONIAM (+71 M€) et au FMESPP (+193 M€¹). A l'inverse, les charges au titre de la CMUC ont fortement diminué en 2013 (-47,3%), en raison d'un relèvement du plafond de prise en charge des dépenses par le fonds CMU². Ces charges devraient néanmoins augmenter à nouveau en 2014 (+24,3%) du fait d'une hausse du nombre de bénéficiaires et de leur dépense moyenne.

¹ Ce montant inclus les dépenses intégrées dans le périmètre du FIR

² En 2012, le fonds CMU prenait en charge sur la base des frais réels les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C à hauteur de 370€. La différence entre la dépense réelle moyenne des bénéficiaires et ce plafond était prise en charge par la CNAM. La hausse du plafond à 400€ à compter de 2013 (décret du 16 septembre 2013) a réduit le reste à charge supporté par la CNAM.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNAM

	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
<i>En millions d'euros</i>							
CHARGES NETTES	156 763,8	160 894,0	2,6	164 801,5	2,4	168 785,0	2,4
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	145 926,2	150 123,2	2,9	153 622,5	2,3	157 889,5	2,8
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	136 025,7	139 829,1	2,8	142 990,2	2,3	146 763,8	2,6
Prestations légales "maladie" nettes	132 342,2	136 090,9	2,8	139 229,6	2,3	142 905,9	2,6
Soins de ville	59 448,3	60 540,8	1,8	61 935,8	2,3	63 623,7	2,7
Prestations en nature	53 079,9	54 310,7	2,3	55 608,3	2,4	57 116,6	2,7
Prestations en espèce	6 368,4	6 230,1	-2,2	6 327,5	1,6	6 507,1	2,8
Etablissements	72 435,6	74 765,5	3,2	76 662,0	2,5	78 746,1	2,7
Etablissements publics (hors MIGAC et FIR)	41 893,5	42 988,8	2,6	43 673,1	1,6	45 037,5	3,1
Cliniques privées (hors MIGAC et FIR)	9 957,7	10 309,7	3,5	10 532,2	2,2	10 851,6	3,0
MIGAC et FIR	6 685,5	6 996,3	4,6	7 435,4	6,3	7 397,2	-0,5
Etablissements médico-sociaux	13 898,9	14 470,6	4,1	15 021,3	3,8	15 459,8	2,9
Soins des français de l'étranger	458,4	784,6	++	631,8	-19,5	536,1	-15,2
Prestations légales "maternité" nettes	3 683,4	3 738,2	1,5	3 760,6	0,6	3 857,9	2,6
Soins de ville	886,7	888,9	0,2	937,0	5,4	958,3	2,3
Etablissements publics (hors MIGAC et FIR)	1 990,6	2 057,6	3,4	2 120,0	3,0	2 187,0	3,2
Cliniques privées (hors MIGAC et FIR)	498,1	490,5	-1,5	462,6	-5,7	479,4	3,6
MIGAC	308,0	301,3	-2,2	241,0	-20,0	233,1	-3,3
Actions de prévention (INPES et FNPEIS FIR)	94,9	92,5	-2,5	86,9	-6,0	81,0	-6,9
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	9 805,7	10 201,6	4,0	10 545,4	3,4	11 044,7	4,7
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	757,1	784,1	3,6	845,6	7,8	963,5	14,0
IJ maternité et paternité	2 972,6	2 974,0	0,0	2 984,2	0,3	3 020,2	1,2
Prestations invalidité	4 513,0	4 891,8	8,4	5 151,1	5,3	5 408,5	5,0
Prestations légales décès	166,2	175,9	5,8	165,9	-5,7	167,6	1,0
Prestations extralégales	127,3	140,0	10,0	144,7	3,3	146,5	1,2
Actions de prévention (Hors INPES et FNPEIS FIR)	297,4	231,2	-22,3	237,0	2,5	242,7	2,4
Soins des étrangers (conventions internationales)	740,8	822,6	11,0	762,8	-7,3	836,9	9,7
Autres prestations (etabl. médico-sociaux hors OGD notamment)	27,0	32,1	18,8	33,5	4,5	33,6	0,3
Pertes et provisions nettes sur prestations	204,2	149,9	-25,8	220,5	11,2	225,2	2,5
TRANSFERTS	4 634,8	4 542,3	-2,0	4 802,2	5,7	4 521,9	-5,8
Transferts vers les régimes de base	2 927,7	2 800,0	-4,4	2 804,4	0,2	2 593,5	-7,5
Compensations démographiques	1 677,6	1 603,6	-4,4	1 557,0	-2,9	1 498,6	-3,8
Transferts d'équilibrage	994,8	916,3	-7,9	970,5	5,9	814,1	-16,1
Régimes des salariés agricoles	619,2	462,5	-25,3	514,1	11,1	431,9	-16,0
Régimes des exploitants agricoles	0,0	79,1	++	0,0	--	0,0	--
ENIM - CAVIMAC	375,6	374,7	-0,2	456,4	21,8	382,3	-16,3
Prises en charge des cotisations famille des PAM	255,3	280,1	9,7	276,9	-1,1	280,8	1,4
Autres transferts	1 707,0	1 742,3	2,1	1 997,8	14,7	1 928,4	-3,5
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	1 022,5	975,7	-4,6	1 290,5	32,3	1 180,3	-8,5
FMESPP (y compris FIR)	245,6	202,1	-17,7	394,9	++	198,6	-49,7
FICQS (y compris FIR)	259,1	245,0	-5,5	236,7	-3,4	213,4	-9,8
OGDPC	0,0	80,9	++	104,5	29,1	143,4	37,3
Autres participations et subventions	517,8	444,2	-14,2	506,0	13,9	564,1	11,5
FIR - champs prévention et autres	0,0	3,5	++	48,5	++	60,8	25,2
Prises en charge des cotisations vieillesse supp. des PAM	395,0	406,0	2,8	460,0	13,3	466,4	1,4
Dépassement forfait CMU-C	250,3	269,1	7,5	141,8	-47,3	176,2	24,3
Déficit AME - soins urgents	39,3	91,4	++	105,6	15,5	105,6	0,0
AUTRES CHARGES NETTES	6 202,8	6 228,5	0,4	6 376,8	2,4	6 373,6	0,0
Frais d'assiette, de recouvrements et de dégrèvements	122,6	153,1	24,9	139,1	-9,1	200,1	43,9
Autres charges techniques	131,6	167,3	27,1	210,9	26,1	217,1	2,9
Charges financières	76,1	6,5	--	14,0	++	29,8	++
Charges de gestion courante	5 858,5	5 883,9	0,4	5 989,4	1,8	5 903,2	-1,4
Charges exceptionnelles	14,0	17,7	26,6	23,4	31,9	23,4	0,0
PRODUITS NETS	148 166,7	155 041,6	4,6	158 014,9	1,9	162 727,6	3,0
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	143 582,2	150 106,0	4,5	152 155,4	1,4	156 504,4	2,9
Cotisations sociales nettes	70 868,9	72 576,8	2,4	74 016,5	2,0	75 886,7	2,5
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 082,4	1 066,2	-1,5	1 010,5	-5,2	960,0	-5,0
CSG nette	52 896,7	55 018,4	4,0	55 428,4	0,7	55 325,2	-0,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	18 734,2	21 444,5	14,5	21 700,0	1,2	24 332,5	12,1
Contributions sociales	1 875,0	2 755,9	47,0	2 321,6	-15,8	2 561,0	10,3
Forfait social	1 306,0	1 405,4	7,6	1 729,6	23,1	0,0	--
Prélèvement social sur les revenus du capital	92,7	815,8	++	-8,3	--	2 561,0	--
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	263,4	312,4	18,6	382,4	22,4	0,0	--
Contribution sur les jeux et paris	212,8	222,4	4,5	218,0	-2,0	0,0	--
Impôts et taxes nets	16 859,2	18 688,5	10,9	19 378,4	3,7	21 771,5	12,3
Impôts et taxes du panier TEPA	537,2	433,4	-19,3	169,4	--	180,3	6,4
Taxes sur les boissons énergétiques	0,4	135,2	++	0,7	--	30,0	++
Taxes sur les tabacs	6 177,2	6 362,4	3,0	7 934,2	24,7	7 024,5	-11,5
TVA (TVA sectorielles et TVA nette)	8 188,5	8 679,1	6,0	9 080,2	4,6	12 297,7	35,4
Contributions sur les primes d'assurance automobile	968,8	1 016,3	4,9	19,3	--	0,0	--
Taxes médicaments	732,3	1 042,5	42,4	919,9	-11,8	923,4	0,4
Contribution UNOCAM	1,0	0,0	-43,8	76,4	++	150,0	++
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA, art. 1001 du CGI)	175,9	1 005,1	++	1 048,7	4,3	1 171,7	11,7
Reprise nette des provisions et charges sur impôts et taxes	78,5	14,3	-81,4	129,6	++	-6,0	-7,7
AUTRES PRODUITS NETS	4 584,4	4 935,7	7,7	5 859,5	18,7	6 223,2	6,2
Transferts des régimes de base	1 532,8	1 702,6	11,1	2 073,2	21,8	2 336,7	12,7
Compensations démographiques	135,8	139,2	2,5	160,9	15,5	87,8	-45,5
Transfert d'équilibrage	146,2	103,2	-29,4	99,3	-3,8	397,1	++
CNMSS	85,6	103,2	20,5	59,9	-42,0	93,9	++
Régime des exploitants agricoles	60,5	0,0	--	39,4	--	303,2	++
Autres transferts des régimes de base	1 250,8	1 460,1	16,7	1 812,9	24,2	1 851,9	2,1
Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM	174,0	180,0	3,5	224,8	24,9	240,0	6,7
Transfert AT pour sous-déclaration des accidents du travail	710,0	790,0	11,3	790,1	0,0	790,1	0,0
Contribution des régimes aux fonds ONDAM (FAC, FICQS, FIR)	38,2	158,1	++	470,5	++	494,1	5,0
Autres transferts (congé paternité, régime étudiants...)	328,7	332,0	1,0	327,5	-1,4	327,7	0,1
Autres transferts	879,2	925,8	5,3	1 047,4	13,1	1 160,5	10,8
Contribution nette de la CNSA	753,5	783,9	4,0	845,6	7,9	963,5	14,0
Contribution nette du FMESPP aux dépenses du FIR	0,0	30,2	++	0,0	--	0,0	--
Autres transferts	125,7	111,8	-11,0	201,9	++	197,0	-2,4
Autres produits techniques	1 784,7	1 903,6	6,7	2 394,4	25,8	2 211,5	-7,6
Recours contre tiers net	508,8	466,2	-8,4	677,2	45,3	567,3	-16,2
Remboursement des soins des étrangers par le CLEISS	736,6	877,2	19,1	820,1	-6,5	836,9	2,0
Remise conventionnelle sur médicaments et DM	272,5	326,4	19,8	376,5	15,4	447,0	18,7
Excédent de la CMU-C	129,0	126,0	-2,3	336,5	++	176,2	-47,6
Autres	137,8	107,8	-21,8	184,1	++	184,1	0,0
Produits financiers	22,8	6,4	-71,5	5,0	-20,8	5,0	0,0
Produits de gestion courante	307,1	311,6	1,4	262,9	-15,6	262,9	0,0
Produits exceptionnels	57,8	85,7	48,2	76,6	-10,6	246,6	++
RESULTAT NET	-8 597,1	-5 852,3	-32,6	-6 786,6	-10,6	-6 057,4	-8,8

Source: DSS/SDEPF/6A

Le ralentissement de la progression des produits de CSG et des recettes fiscales de la CNAM explique la hausse du déficit en 2013

Le ralentissement très marqué des produits nets de la CNAM en 2013 (1,9% en 2013 contre 4,6% en 2012) est lié à la faible croissance de l'agrégat constitué des cotisations, impôts et taxes (+1,4% en 2013 contre 4,5% en 2012) alors que les autres produits nets connaissent une progression rapide en 2013 (+18,7%).

Le produit de la CSG nette (35% des produits nets de la CNAM) n'a augmenté que de 0,7% en 2013 et devrait baisser de 0,2% en 2014, après une augmentation de 4,3% en 2012. Ce fort ralentissement s'explique en 2013 par le mécanisme de répartition de la CSG (cf. fiche 2.5, encadré 2) qui amplifie, pour 2013, l'impact pour la CNAM de la dégradation de la conjoncture économique, et par la contraction de l'assiette des revenus du capital (cf. fiche 2.4). Par ailleurs, les impôts, taxes et autres contributions sociales ont très nettement ralenti par rapport à 2012. Cette évolution résulte des modifications décidées en LFSS pour 2013 visant à rationaliser la répartition des recettes entre organismes de sécurité sociale (cf. fiche 4.3 rapport CCSS de septembre 2013, et fiches 2.9 et 2.10) et des dynamiques de chacune de ces recettes. La fraction de forfait social et de droits tabacs affectée à la CNAM a ainsi été fortement revue à la hausse en 2013, tandis que le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile a été attribué à la CNAF et qu'elle n'a plus bénéficié en 2013 d'une fraction de prélèvement social sur les revenus du capital. La baisse du rendement des taxes médicaments est par ailleurs compensée par un produit de TVA nette plutôt dynamique (+4,6%), du fait d'une bonne tenue de l'assiette, et par l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA nette destinée à compenser la nouvelle déduction forfaitaire de cotisation maladie des particuliers employeurs.

En 2014, les contributions sociales (hors CSG) et les recettes fiscales devraient engendrer un produit en forte augmentation (+12,1%), suite aux mesures de transferts de recettes décidées en LFSS pour 2014 (cf. fiche 2.1). La hausse de la fraction de TVA nette attribuée à la CNAM d'une part, et l'affectation d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital d'autre part, compensent ainsi largement les pertes de CSG, de forfait social et de droits tabacs induites par la modification des taux de répartition, ainsi que le transfert à la CNAF du produit des prélèvements sur les stock-options et sur les jeux (cf. fiche 2.4).

L'agrégat constitué des cotisations sociales nettes et des recettes compensant les exonérations de cotisations (dotations budgétaires de l'État et recettes fiscales du panier TEPA) a augmenté de 1,5%, à un rythme supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé de 1,2%. Cet écart s'explique par la baisse des allègements sur les bas salaires et la suppression de l'assiette forfaitaire de cotisations dont bénéficiaient les employeurs de personnel de maison (EPM). En 2014, cet agrégat progresserait toujours à un rythme plus élevé que celui de la masse salariale privée (+2,4% contre une évolution prévue de la masse salariale privée de 2,2% en 2014).

Les autres produits techniques nets ont fortement augmenté en 2013 (+18,7%). L'un des facteurs expliquant cette évolution est l'extension du périmètre du FIR, qui se traduit dans les comptes de la CNAM par une contribution des autres régimes au FIR plus importante (+333 M€ en 2013)¹. Par ailleurs, les recettes nettes de recours contre tiers ont sensiblement augmenté en 2013 (+45,3%), mais devraient diminuer en 2014 (-16,2%), l'évolution observée en 2013 sur les recours contre tiers étant entièrement imputable à une variation négative des provisions pour dépréciation de créances. Enfin, il est à noter une progression importante en 2013 des produits nets de la CMU en raison du versement des excédents du fonds CMU à hauteur des restes à charge de l'assurance maladie pour 2012 et 2013 (336 M€ dont 262 M€ au titre du reste à charge 2012)². L'année 2013 étant particulière, les recettes du fond CMU diminueraient de plus de la moitié par rapport à 2013 puisque le fonds ne rembourse, à compter de 2014, que le reste à charge de la CNAM dans la limite de ses réserves.

¹ Ce montant inclus les contributions au FIR des régimes autres que le régime général mais aussi la contribution de la CNAM AT au FIR, déduites de la fongibilité asymétrique.

² Article D.862-6 du code de la Sécurité Sociale

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	En points		
	2012	2013	2014
CHARGES NETTES	2,6	2,4	2,4
Prestations sociales nettes	2,7	2,2	2,6
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	2,4	2,0	2,3
Prestations légales "maladie" nettes	2,4	2,0	2,2
Soins de ville	0,7	0,9	1,0
Etablissements	1,5	1,2	1,3
Soins des français de l'étranger	0,2	-0,1	-0,1
Prestations légales "maternité" nettes	0,0	0,0	0,1
Actions de prévention (INPES et FNPEIS FIR)	0,0	0,0	0,0
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	0,3	0,2	0,3
Prestations d'invalidité	0,2	0,2	0,2
Autres prestations	0,0	0,1	0,1
Autres charges nettes	-0,1	-0,2	-0,2
Transferts vers les régimes de base	-0,1	0,0	-0,1
Financement de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	0,0	0,2	-0,1
Autres charges nettes	0,0	0,1	0,0
PRODUITS NETS	4,6	1,9	3,0
Cotisations sociales et compensation des exonérations	1,1	0,7	1,2
CSG nette	1,4	0,3	-0,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales (hors panier TEPA)	1,9	0,3	1,7
Contributions sociales	0,6	-0,3	0,2
Impôts et taxes nets (hors panier TEPA)	1,3	0,6	1,5
Autres produits	0,2	0,6	0,2
Transferts des régimes de base	0,1	0,2	0,2
Contribution des régimes aux fonds ONDAM (FAC, FICQS, FIR)	0,1	0,2	0,0
Autres transferts	0,0	0,0	0,2
Autres produits	0,1	0,4	0,1

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Analyse des écarts à la LFSS pour 2014

Le déficit de la CNAM s'est élevé à 6,8 Md€ en 2013, en amélioration de près de 0,8 Md€, par rapport à la prévision réalisée en LFSS pour 2014. Pour l'année 2014, la prévision est proche de celle de la LFSS.

Les dépenses du champ de l'ONDAM de l'ensemble des régimes maladie se sont avérées moins élevées en 2013 de 0,8 Md€ par rapport à la prévision retenue en LFSS. Cette révision se traduit dans les comptes de la CNAM par des prestations maladie maternité du champ de l'ONDAM, agrégées aux participations et contributions aux fonds médicaux et hospitaliers, inférieures de 0,5 Md€ par rapport à la prévision. Avec un écart supérieur de 40 M€ en 2013, les prestations extralégales et les prestations hors ONDAM ont atteint un niveau proche de la prévision. La sous-exécution de l'ONDAM sur les prestations, joue pour une partie en base en 2014 (cf. fiche 3.2), expliquant principalement pourquoi les prévisions de prestation pour 2014 ont été revues à la baisse d'environ 0,5 Md€.

Les recettes sur les revenus d'activité (cotisations et CSG) et les recettes fiscales hors CSG d'activité ont été inférieures de respectivement 70 M€ et 50 M€, mais cela tient à la conjugaison de plusieurs facteurs contraires. Le niveau plus faible qu'attendu sur les recettes sur revenus d'activité (cotisations sociales et CSG activité) provient surtout du faible dynamisme de l'assiette des particuliers employeurs et du secteur public. Les prélèvements sur les revenus du capital ayant été significativement plus faibles qu'escompté au moment de la LFSS pour 2014, la CNAM a enregistré une moins-value de 0,3 Md€ sur la CSG assise sur les revenus du capital par rapport à la prévision. Les prélèvements sur les stock-options et sur les jeux ont également engendré un produit plus faible qu'attendu (-0,1 Md€ chacun). Ces effets ont néanmoins été plus que compensés en 2013 par un produit de TVA nette et de droits tabac supérieur à la prévision (+0,4 Md€ et +0,1 Md€ respectivement). En revanche en 2014, les effets favorables ne joueraient pratiquement pas en base, tandis que la moins-value sur les prélèvements sur les revenus du capital par rapport à la prévision, de l'ordre de 1,4 Md€ pour l'ensemble des affectataires, pèsera pour moitié sur la CNAM. Ainsi, les prévisions sur les recettes et sur les revenus d'activité (cotisations et CSG) et les recettes fiscales hors CSG d'activité ont été revues à la baisse de près de 0,8 M€. Enfin, il est à noter que les recettes de recours contre tiers ont été très nettement supérieures à la prévision LFSS (+0,3 Md€), en raison d'une variation négative des provisions pour dépréciation de créances non anticipée. Cet effet ne joue pas en base sur 2014.

	En Md€	
	2013	2014
Solde LFSS	-7,59	-6,07
Prestations dans le champ de l'ONDAM maladie-maternité et financements de fonds net	0,50	0,53
Prestations extra légales nettes	0,01	0,01
Autres prestations nettes	-0,05	-0,06
Gestion administrative	-0,08	-0,12
Recettes sur revenus d'activité	-0,07	-0,14
Recettes fiscales hors CSG activité	-0,01	-0,67
Prise en charge de cotisations chômage	0,00	0,00
Compensation et transferts d'équilibrage	-0,09	0,01
Recours contre tiers	0,27	0,10
Charges financières	0,01	0,05
Remises conventionnelles	0,04	0,11
Autres	0,26	0,19
Solde CCSS	-6,79	-6,06
Ecart au solde précédent	0,80	0,01

Source : DSS/SDEPF/6A

6.2 Les comptes de la branche AT-MP

Après un déficit de 174 M€, le solde net de la CNAM AT-MP est devenu excédentaire en 2013 de 638 M€ grâce à l'effet combiné d'un recul des charges nettes et d'une croissance soutenue des cotisations sociales nettes et des produits nets des recours contre tiers. En 2014, la CNAM AT-MP resterait excédentaire, mais son excédent diminuerait quasiment de moitié pour se situer à 327 M€, sous les effets de la hausse des charges nettes et d'un ralentissement de la progression des produits nets.

Des charges nettes en baisse en 2013, mais essentiellement du fait d'effets transitoires

Après avoir augmenté de 1,2% en 2012, les charges nettes ont diminué de 3,1% en 2013. Elles repartiraient à la hausse en 2014 (+4,3%).

Une baisse des prestations nettes en lien avec d'importantes régularisations des dépenses hospitalières en 2013

Les prestations sociales nettes, qui représentaient environ 77% des charges nettes de la branche AT-MP en 2013, ont diminué en 2013 (-0,9%) mais la dynamique par type de dépenses a été contrastée. Les prestations exécutées en établissements publics ont fortement reculé en 2013 (-27%, contribuant pour 1 point à la décroissance de 3,1% des charges nettes) en raison d'une régularisation favorable au régime de 46 M€¹ et par le transfert d'une partie des charges vers le fonds d'intervention régional (cf. fiche 4.6). La baisse des allocations de cessation d'activité au titre de l'amiante (ACAATA)², qui s'est poursuivie en 2013 (cf. fiche 3.5), a également contribué à la baisse des prestations nettes. Ces effets ont néanmoins été atténués par la progression des indemnités journalières (+1,3% après une baisse de 3,4% en 2012) et la croissance des prestations d'incapacité permanente revalorisées de 1,5% en moyenne annuelle.

En 2014, les prestations sociales nettes repartiraient à la hausse (+2,2%) : la baisse des allocations ACAATA, ne permettrait pas de compenser la hausse des prestations de soins de ville (+2,3%) et l'évolution des prestations exécutées en établissements (+14,3%), qui seraient pénalisées par le contrecoup des régularisations de 2013. La croissance des prestations d'incapacité permanente (+2,1%) contribuerait également à la hausse des charges³.

Les charges de transferts ont fortement diminué en 2013 mais repartiraient à la hausse en 2014

En 2013, les charges hors prestations ont diminué de 14,8%, contribuant pour 2,5 points à la décroissance des charges nettes. Cette évolution s'explique par la combinaison de différents facteurs. En effet, la baisse de 200 M€ de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et l'absence de transfert vis-à-vis de la CNAV au titre de la pénibilité, décidée en LFSS pour 2013⁴, ont conjointement atténué de 2,7 points la croissance des charges nettes. La diminution des charges de compensation et des prises en charge des cotisations au titre de l'ACAATA a également participé, mais dans une plus faible ampleur, à la baisse des transferts versés par la branche.

En 2014, la hausse de 320 M€ de la dotation FIVA, prévue en LFSS pour 2014, pèsera lourdement sur les charges nettes de la CNAM, contribuant ainsi pour 2,8 points à leur croissance. Par ailleurs, le transfert vers la CNAV mis en place suite à la réforme des retraites de 2010 pour compenser le maintien des conditions de départ à la retraite des travailleurs exposés à l'amiante continuerait sa montée en charge (77 M€ en 2014 contre 55 M€ en 2013).

¹ Ces régularisations avaient été défavorables à la CNAM AT de 19 M€ en 2012

² Depuis l'année 2012, les comptes du fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) sont combinés dans les comptes de la CNAM AT-MP. Les charges et produits du fonds se retrouvent désormais dans les comptes de la branche en lieu et place d'une dotation de la branche destinée à financer ce fonds (cf. encadré 1 de la fiche 7.6 du rapport CCSS de septembre 2013)

³ Les évolutions des prestations d'incapacité permanente de la CNAM AT sont détaillées dans la fiche 3.5

⁴ Le transfert à la CNAV au titre de la pénibilité a été fixé à 0 M€ en LFSS 2013. Du fait d'une montée en charge du dispositif plus lente que prévue, les sommes engagées en 2011 et 2012 sont suffisantes pour couvrir les dépenses prévues pour 2013 et 2014.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNAM AT-MP

	En millions d'euros						
	2 011	2 012	%	2 013	%	2014 (p)	%
CHARGES NETTES	11 560,3	11 698,3	1,2	11 333,0	-3,1	11 822,9	4,3
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	8 130,1	8 773,9	7,9	8 697,4	-0,9	8 888,8	2,2
Prestations légales nettes	7 918,7	7 996,5	1,0	7 958,2	-0,5	8 192,5	2,9
Prestations d'incapacité temporaire	3 733,5	3 718,8	-0,4	3 629,3	-2,4	3 771,4	3,9
Prestations ONDAM	3 725,3	3 707,3	-0,5	3 618,9	-2,4	3 759,2	3,9
Prestations exécutées en ville	3 209,8	3 109,5	-3,1	3 145,2	1,1	3 217,4	2,3
Prestations en nature	551,9	541,3	-1,9	543,8	0,5	560,1	3,0
Indemnités journalières	2 657,9	2 568,1	-3,4	2 601,3	1,3	2 657,3	2,2
Prestations exécutées en établissements	515,5	597,9	16,0	473,8	-20,8	541,7	14,3
Etablissements sanitaires publics	359,3	444,9	23,8	324,3	-27,1	386,2	19,1
Etablissements médico sociaux	44,3	41,8	-5,7	43,2	3,4	44,5	3,0
Cliniques privées	112,0	111,2	-0,7	106,3	-4,4	111,1	4,4
Prestations hors ONDAM	8,2	11,4	40,0	10,4	-9,2	12,2	17,5
Prestations d'incapacité permanente	4 160,1	4 248,1	2,1	4 299,5	1,2	4 390,7	2,1
Indemnités en capital	136,9	135,7	-0,9	130,8	-3,6	130,8	0,0
Rentes	4 023,2	4 112,4	2,2	4 168,7	1,4	4 259,9	2,2
<i>ANV et dotations nettes sur indus</i>	<i>25,0</i>	<i>29,6</i>	<i>18,2</i>	<i>29,4</i>	<i>-0,7</i>	<i>30,5</i>	<i>3,8</i>
Prestations extralégales	4,3	3,1	-28,6	2,8	-8,7	2,6	-6,1
Autres prestations	207,1	774,4	++	736,4	-4,9	693,7	-5,8
Actions de prévention	156,4	155,9	-0,3	158,4	1,6	158,4	0,0
Allocations ACAATA	0,0	573,3		532,6	-7,1	491,2	-7,8
Autres prestations	50,7	45,1	-11,0	45,4	0,6	44,1	-2,9
TRANSFERTS ENTRE ORGANISMES	1 289,5	1 688,6	30,9	1 563,1	-7,4	1 557,9	-0,3
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	515,5	493,0	-4,4	476,1	-3,4	460,3	-3,3
Compensation AT des Mines	400,9	375,7	-6,3	352,7	-6,1	343,6	-2,6
Compensation AT des Salariés agricoles	114,6	117,4	2,4	123,4	5,1	116,7	-5,4
Prises en charge de cotisations	0,0	128,9		119,5	-7,3	119,6	0,1
Au titre de l'ACAATA	0,0	128,9		119,5	-7,3	119,6	0,1
Prestations prises en charge par la CNAMT AT-MP	62,9	168,7	++	76,2	--	94,3	23,8
Reversement au FCAT par la CNAMTS	27,9	23,4	-16,1	21,1	-9,9	17,4	-17,4
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité	35,0	110,0	++	0,0		0,0	
Reversement à la CNAV au titre de l'amiante	0,0	35,3		55,1	++	76,9	39,6
Transferts divers entre régimes de base	710,0	790,0	11,3	790,0	0,0	790,0	0,0
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS	710,0	790,0	11,3	790,0	0,0	790,0	0,0
Transferts avec les régimes complémentaires	0,0	107,0		101,0	-5,6	93,4	-7,6
Cotisations prises en charge au titre de l'ACAATA	0,0	107,0		101,0	-5,6	93,4	-7,6
Autres	1,2	1,0	-15,4	0,4	--	0,4	0,0
PARTICIPATIONS AUX FINANCEMENTS DE FONDS ET ORGANISMES	1 241,2	319,9	--	147,4	--	464,8	++
Subventions	0,9	1,0	9,8	3,6	++	1,9	-46,2
Contributions Financement de fonds	1 240,3	318,9	--	143,9	--	462,9	++
Participation aux dépenses du FIR	0,0	0,0		24,2		24,2	0,0
Fonds médicaux et hospitaliers	10,3	3,9	--	4,7	20,9	3,7	-20,3
Fonds "Amiante"	1 230,0	315,0	--	115,0	--	435,0	++
FCAATA	890,0	0,0	--	0,0		0,0	
FIVA	340,0	315,0	-7,4	115,0	--	435,0	++
AUTRES CHARGES NETTES	899,4	915,9	1,8	925,1	1,0	911,3	-1,5
Diverses charges techniques	0,6	0,4	-35,7	0,3	-36,8	0,3	0,0
Charges financières	19,4	3,6	--	2,4	-32,5	4,5	++
Charges de gestion courante	877,6	910,6	3,8	919,0	0,9	905,1	-1,5
Charges exceptionnelles	1,8	1,3	-29,2	3,5	++	1,5	--
PRODUITS NETS	11 339,4	11 524,5	1,6	11 971,4	3,9	12 149,7	1,5
COTISATIONS NETTES, IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	11 033,5	11 261,8	2,1	11 636,8	3,3	11 850,9	1,8
Cotisations sociales nettes	10 725,6	10 957,8	2,2	11 506,4	5,0	11 723,1	1,9
Cotisations patronales non plafonnées	11 272,6	11 489,8	1,9	11 907,3	3,6	12 164,7	2,2
Remboursements de cotisations suite à litige	-355,0	-293,2	-17,4	-232,0	-20,9	-232,0	0,0
Cotisations assurés volontaires	4,0	4,4	8,3	4,5	2,6	4,6	2,2
Majorations et pénalités	25,5	29,4	15,4	33,0	12,1	34,0	3,0
Reprises nettes des provisions et ANV	-221,6	-272,6	23,0	-206,4	-24,3	-248,3	20,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	4,6	1,0	--	3,2	++	2,2	-30,4
Produits entité publique autre que l'Etat	7,2	10,0	38,2	10,2	2,6	11,9	16,6
Contributions, impôts et taxes	296,1	293,0	-1,0	116,9	--	113,7	-2,7
Impôts et taxes compensant les heures supplémentaires	123,9	106,6	-14,0	78,0	-26,8	78,7	0,9
Droits de consommation sur les tabacs	172,3	186,5	8,2	38,9	--	35,0	-10,0
AUTRES PRODUITS NETS	305,9	262,7	-14,1	334,6	27,4	298,8	-10,7
Produits techniques	2,3	3,0	31,6	2,9	-4,9	2,8	-3,2
Prestations prises en charge par la CNSA	1,2	2,2	++	2,6	16,7	2,5	-3,6
Autres transferts	1,1	0,8	-26,3	0,3	--	0,3	0,0
Divers produits techniques	281,0	230,4	-18,0	302,0	31,0	266,6	-11,7
Recours contre tiers nets	187,9	223,7	19,0	298,9	33,6	267,7	-10,4
Autres produits techniques	19,9	7,3	--	5,2	-28,6	5,2	0,0
Reprises nettes sur autres produits (dont créance/ FCAATA)	73,1	-0,5	--	-2,1	++	-6,3	++
Produits financiers	1,5	0,6	--	0,9	46,5	0,9	0,0
Produits de gestion courante	15,1	21,6	43,2	21,2	-1,7	20,9	-1,6
Produits exceptionnels	6,1	7,1	16,0	7,7	9,3	7,7	0,0
RESULTAT NET	-220,9	-173,8		638,3		326,9	

Source : DSS/SDEPF/6A

Les produits nets ont connu une croissance rapide en 2013, tirés principalement par la hausse des cotisations

Les produits nets de la branche ont augmenté fortement en 2013 (+3,9%) mais leur croissance devrait ralentir en 2014 à 1,5%.

Les cotisations sociales ont progressé de 5,0% en 2013, à un rythme sensiblement supérieur à celui de la masse salariale privée de 1,2%. Cette évolution s'explique par l'augmentation des taux de cotisations AT-MP, votée en LFSS pour 2013, qui devrait se traduire par un supplément de recettes de l'ordre de 0,2 Md€ pour la branche (cf. fiche 2.2). Dans une moindre mesure, les remboursements des cotisations versées par la branche suite à des litiges avec les employeurs se sont réduits en 2013 ainsi que leur niveau de provisionnement, contribuant à la hausse des cotisations nettes. La progression des cotisations sociales a ainsi plus que compensé la diminution de la fraction des taxes sur les tabacs attribuée à la CNAM AT-MP. Par ailleurs, la LFR d'août 2012 a modifié le dispositif d'exonération sur les heures supplémentaires (cf. fiche 2.3) : le niveau de ces exonérations a été substantiellement réduit, induisant mécaniquement une hausse des cotisations ayant pour contrepartie une diminution des recettes fiscales affectées en compensation de ces exonérations.

Sous l'hypothèse d'une stabilité du montant des cotisations remboursées suite à des contentieux perdus, la progression des cotisations sociales nettes ralentirait pour évoluer à un rythme proche de celui de la masse salariale du secteur privé (+1,9%). La hausse des charges liées au non recouvrement expliquerait la différence de progression.

Les produits de recours contre tiers ont fortement progressé en 2013 (+34%). Cette évolution reflète en grande partie l'évolution des dotations aux provisions pour créances douteuses nettes des reprises sur provisions qui passent de 116 M€ en 2012 à 37 M€ en 2013, mais également l'augmentation des produits bruts de 5,6% en 2013. Les produits nets de recours contre tiers reculeraient de -10,4% en 2014, principalement en raison d'un provisionnement net des reprises plus important.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	En points		
	2012	2013	2014
Charges nettes	1,2	-3,1	4,3
Prestations nettes	5,6	-0,7	1,7
Prestations incapacité temporaire	-0,1	-0,8	1,3
dont soins de ville	-0,1	0,0	0,1
dont IJ AT	-0,8	0,3	0,5
dont dépenses en établissements	0,7	-1,1	0,6
Prestations incapacité permanente	0,8	0,4	0,8
Allocations ACAATA	5,0	-0,3	-0,4
Autres prestations (extra légales et actions de prévention)	0,0	0,0	0,0
Autres charges nettes	-4,5	-2,5	2,8
Transferts (nets du transfert avec la CNSA)	3,5	-1,1	0,0
dont transferts d'équilibrage (yc. FCAT)	-0,2	-0,1	-0,1
dont cotisation AVV au titre de l'ACAATA	1,1	-0,1	0,0
dont transfert vers la CNAMTS	0,7	0,0	0,0
dont transfert à la CNAV au titre de la pénibilité	0,6	-0,9	0,0
dont transfert à la CNAV au titre de l'amiante	0,3	0,2	0,2
dont cotisation compl. vieillesse au titre de l'ACAATA	0,9	-0,1	-0,1
Participation au financement des fonds et organismes	-8,0	-1,5	2,8
dont FCAATA	-7,7	0,0	0,0
dont FIVA	-0,2	-1,7	2,8
Charges de gestion courante	0,3	0,1	-0,1
Autres charges nettes	-0,1	0,0	0,0
Produits nets	1,6	3,9	1,5
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations prise en charge par l'Etat et IT compensant les exonérations	1,9	4,5	1,8
Cotisations nettes	2,0	4,8	1,8
dont charges sur cotisations (ANV et dotation nette)	-0,4	0,6	-0,3
dont remboursements de cotisations suite à litige	0,5	0,5	0,0
PEC Etat	0,0	0,0	0,0
IT compensant les heures supplémentaires	-0,2	-0,2	0,0
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	0,1	-1,3	0,0
RCT	0,3	0,7	-0,3
Autres recettes nettes (dont reprise/ créance FCAATA)	-0,7	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Analyse des écarts à la LFSS pour 2014

L'excédent de la CNAM AT-MP s'est élevé à 638 M€ en 2013, en amélioration de plus de 300 M€ par rapport à la prévision réalisée en LFSS pour 2014. Cette révision positive résulte de l'effet combiné de produits nets supérieurs à la prévision et de charges nettes inférieures. Pour l'année 2014, l'excédent de la CNAM AT est revu à la hausse de 237 M€ pour atteindre 330 M€.

La réduction des dépenses s'explique en grande partie par une part de la CNAM-AT dans l'ensemble des dépenses hospitalières des régimes maladie moins forte qu'anticipée. Ainsi, les charges hospitalières sont inférieures de 0,1 Md€ à la prévision. La baisse des charges est également à relier à la sous-exécution de l'ONDAM de 0,8 Md€ pour l'ensemble des régimes par rapport à la prévision retenue en LFSS pour 2014. Cette sous-exécution, qui joue pour partie en base 2014 (cf. fiche 3-2), se répercute sur le niveau des dépenses de 2014. Dans une moindre mesure, les rentes pour incapacité permanente ont contribué à la révision à la baisse des dépenses en 2013 (-30 M€) et également en 2014.

Les produits nets ont été supérieurs à la prévision de 200 M€ en raison d'un niveau de cotisations sociales nettes et de produits nets de recours contre tiers plus élevé que prévu, de respectivement 120 M€ et 80 M€. Le plus fort rendement des cotisations nettes est lié à un rendement de la hausse des taux de cotisations de la branche plus fort que prévu et à une réduction des charges pesant sur ces cotisations. Ce surcroît de recettes se retrouverait dans les écarts à la prévision 2014. La forte variation observée sur les produits nets de recours contre tiers s'explique par un niveau de provisionnement net moins important qu'anticipé. Cet effet ne joue pas en base sur 2014.

	En Md€	
	2013	2014
Solde LFSS	0,31	0,09
Prestations légales nettes	0,14	0,11
dont prestations d'incapacité temporaire	0,13	0,10
dont prestations d'incapacité permanente	0,03	0,04
Cotisations sociales nettes	0,12	0,08
Recours contre tiers	0,08	0,03
Autres	-0,02	0,01
Solde CCSS	0,64	0,33
Ecart au solde précédent	0,33	0,24

Source : DSS/SDEPF/6A

6.3 Les comptes de la branche vieillesse

La réduction du déficit de la CNAV en 2013 grâce au dynamisme de ses recettes devrait se poursuivre en 2014 sous l'effet d'une évolution faible des dépenses

En 2013, le déficit du régime général s'est élevé à 3,1 Md€ (contre 4,8 Md€ en 2012), en amélioration de 1,6 Md€ (cf. tableau 1). Il devrait se réduire fortement en 2014 pour atteindre 1,4 Md€.

Le dynamisme des dépenses en 2013 ralentirait en 2014, sous l'effet de la montée en charge de la réforme de 2010, et d'une revalorisation plus faible des pensions

En 2013, les charges nettes ont progressé plus rapidement qu'en 2012 (+3,9% après +3,5% en 2012).

Les prestations sociales nettes, qui représentent 92% des charges nettes en 2013, ont augmenté à un rythme similaire à celui de 2012 (+3,9%) malgré une moindre revalorisation des pensions (+1,5% contre +2,1% en 2012). La plus forte progression en volume des prestations tient à la combinaison de deux effets contraires. D'une part, la montée en charge non linéaire de la réforme de 2010 a occasionné des flux de départs importants en 2013 (cf. fiche 3.6). Par rapport à un scénario tendanciel avant réforme, la loi de 2010 a permis de dégager une économie de 2,7 Md€. D'autre part, les dépenses au titre de la retraite anticipée ont fortement rebondi en 2013 (+26,5% après +2,7% en 2012) atteignant 1,5 Md€, à la suite de l'assouplissement du dispositif de retraite anticipée à compter du 1^{er} novembre 2012 prévu par le décret du 2 juillet 2012.

En 2014, les prestations nettes devraient ralentir (+2,5%), notamment du fait d'une plus faible revalorisation des pensions (+0,47% après +1,5% en 2013). Le taux de la revalorisation serait en effet minoré par une forte correction au titre de l'inflation constatée en 2013 (cf. fiche 3.6) ; de plus le décalage de six mois de la date de la revalorisation par la loi du 20 janvier 2014 générerait une économie estimée à 0,3 Md€. Enfin, l'irrégularité des flux de départs en retraite consécutive au recul de l'âge légal de départ par palier entraîne un report des départs pour le quart de la génération 1953 sur l'année 2015. Au total, la réforme de 2010 permettrait de dégager des économies estimées à 3,8 Md€ en 2014 (par rapport à un scénario tendanciel hors réforme). Par ailleurs, les dépenses de retraite anticipée augmenteraient pour atteindre 2,0 Md€. Les trois quarts de cette dépense proviendraient de l'assouplissement des conditions d'accès à la retraite anticipée permis par la réforme de 2010, le décret de 2012 et la réforme de 2014 (118 000 assurés supplémentaires partiraient en retraite avant l'âge légal grâce à ces réformes). Au total, le dynamisme des prestations nettes soutiendrait pour 2,3 points la croissance des charges nettes en 2013 (cf. tableau 2).

Les transferts de compensation généralisée vieillesse, qui représentent 4% des charges nettes en 2013, ont fortement crû avec 5,1 Md€ de dépenses (+8,5% par rapport à 2012), contribuant pour 0,4 point à l'augmentation des charges nettes. Ceux-ci ont augmenté en raison d'une dégradation du ratio démographique se traduisant par une hausse des charges à compenser plus forte que celle des ressources des régimes. A cet effet s'ajoute une forte régularisation au titre de 2012 (0,2 Md€). En 2014, ces transferts diminueraient légèrement (-1,6%), contrecoup de la régularisation de 2013.

Les transferts d'équilibrage vers les autres régimes se sont élevés à 150 M€ en 2013 (contre 226 M€ en 2012). La forte baisse de ces transferts (-33,8%) s'explique par la fin de l'intégration financière du fonds spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires (FSAVCF) décidée en LFSS pour 2013 qui est désormais directement inclus dans les comptes de la CNAV, ainsi que par l'amélioration du solde du régime des salariés agricoles qui a dégagé un excédent de 179 M€. En 2014, les transferts d'équilibrage devraient se stabiliser à un niveau équivalent. Les transferts nets entre la CNAV et les régimes spéciaux ont été stables en 2013, et devraient le rester en 2014.

Les dépenses au titre des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et dégrèvements reflètent l'évolution de la fraction des prélèvements sociaux sur les revenus du capital dont bénéficie la CNAV, le produit de ces prélèvements étant désormais présenté avant déduction des FAR (au taux de 0,5%) et des dégrèvements (au taux de 3,6%). Ces changements de présentation (cf. fiche 2.10) n'ont pas d'impact sur le solde de la CNAV.

Tableau 1 • Evolution des charges et produits nets de la CNAV

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES NETTES	106 528	110 238	3,5	114 554	3,9	117 091	2,2
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	98 150	101 953	3,9	105 901	3,9	108 572	2,5
Prestations légales nettes	97 808	101 578	3,9	105 598	4,0	108 260	2,5
Prestations légales « vieillesse »	97 817	101 523	3,8	105 461	3,9	108 159	2,6
Droits propres	88 053	91 420	3,8	95 078	4,0	97 598	2,6
Droits dérivés	9 760	10 087	3,3	10 368	2,8	10 546	1,7
Divers	4	17	++	15	-13,0	15	3,0
Prestations légales « veuvage »	47	46	-0,9	56	19,9	66	17,9
Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances	-55	9		82		36	
Prestations extralégales nettes	341	374	9,6	303	-19,0	312	2,9
TRANSFERTS NETS	6 860	6 834	-0,4	7 151	4,6	7 066	-1,2
Transferts entre organismes	6 818	6 791	-0,4	7 108	4,7	7 022	-1,2
Compensations	4 660	4 680	0,4	5 078	8,5	4 996	-1,6
Transferts d'équilibrage	211	226	6,9	150	-33,8	146	-2,2
CAVIMAC	160	156	-2,8	150	-3,9	146	-2,2
MSA - Salariés	18	39	++	0	--	0	-
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	33	31	-5,0	0	--	0	-
Transferts divers entre régimes de base	1 946	1 885	-3,1	1 880	-0,3	1 880	0,0
Adossement : versement de prestations	1 558	1 584	1,6	1 607	1,5	1 616	0,5
Transferts nets de cotisations entre la CNAVTS et les RS	388	301	-22,3	273	-9,5	264	-3,1
Transferts des régimes de base avec les fonds	42	43	2,2	44	1,4	44	1,1
AUTRES CHARGES NETTES	1 518	1 451	-4,4	1 502	3,5	1 453	-3,3
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et dégrèvements	54	72	33,5	108	49,1	67	-37,5
Charges financières	94	13	--	11	-19,5	10	-5,8
Charges de gestion courante	1 367	1 363	-0,3	1 380	1,2	1 372	-0,6
Autres	4	3	-28,5	4	20,2	4	0,0
PRODUITS NETS	100 511	105 451	4,9	111 415	5,7	115 705	3,9
COTISATIONS, CONTRIBUTIONS ET IMPÔTS NETS	74 935	78 066	4,2	82 708	5,9	86 051	4,0
Cotisations sociales nettes	63 515	65 978	3,9	69 523	5,4	72 515	4,3
Cotisations sociales des actifs	63 540	66 004	3,9	69 485	5,3	72 515	4,4
Autres cotisations sociales	499	457	-8,4	449	-1,6	461	2,7
Majorations et pénalités	160	179	11,8	202	13,1	208	3,0
Reprises nettes des provisions sur cotisations et pertes sur créances	-684	-661		-613		-669	
Cotisations prises en charge par l'État nettes	917	887	-3,3	934	5,4	924	-1,1
Contributions, impôts et taxes	10 503	11 201	6,6	12 251	9,4	12 612	3,0
Contributions sociales diverses	1 080	2 330	++	4 619	++	5 422	17,4
Forfait social	0	218	-	1 042	++	3 796	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	250	262	5,1	243	-7,4	242	-0,2
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	300	628	++	1 492	++	683	--
Prélèvement social sur les revenus des placements	529	1 223	++	1 842	++	701	--
Impôts et taxes	9 423	8 871	-5,9	7 631	-14,0	7 190	-5,8
Impôts et taxes affectés en compensation des heures supplémentaires	2 413	1 713	-29,0	168	--	133	-20,8
Taxe sur les salaires	7 015	7 151	1,9	7 455	4,2	7 058	-5,3
Autres impôts et taxes	-4	7	--	9	40,0	0	--
TRANSFERTS NETS	25 320	27 112	7,1	28 487	5,1	29 437	3,3
Transferts entre régimes de base	6 212	6 409	3,2	6 918	7,9	7 158	3,5
Transferts d'équilibrage	81	19	--	227	++	419	++
MSA - Salariés	0	0	-	179	-	358	++
Mayotte	81	19	--	49	++	61	24,9
Prises en charge de cotisations	4 567	4 645	1,7	4 986	7,3	4 961	-0,5
Cotisations au titre de l'AVPF	4 432	4 516	1,9	4 866	7,7	4 842	-0,5
Autres prises en charge de cotisations	135	129	-4,6	120	-7,4	120	0,1
Prises en charge de prestations	41	145	++	55	--	77	39,6
Transferts divers entre régimes de base	1 522	1 599	5,1	1 650	3,2	1 700	3,0
Adossement : cotisations	957	984	2,8	1 040	5,7	1 075	3,4
Adossement : soulte	315	322	2,3	329	2,1	329	0,0
Transferts de cotisations entre la CNAVTS et les RS	250	293	17,2	281	-4,0	297	5,4
Transferts des régimes de base avec les fonds	19 108	20 704	8,4	21 561	4,1	22 271	3,3
Prises en charge de cotisations par le FSV	10 284	11 317	10,0	12 055	6,5	12 699	5,3
Au titre du chômage	9 047	10 016	10,7	10 698	6,8	11 275	5,4
Au titre de la maladie	1 217	1 280	5,2	1 335	4,3	1 382	3,6
Autres	21	21	4,3	23	6,6	42	++
Prises en charge de prestations par le FSV	8 824	9 387	18,8	9 506	3,4	9 572	1,7
Au titre du minimum vieillesse	2 171	2 225	2,4	2 240	0,7	2 241	0,0
Au titre des majorations de pensions	3 653	3 762	3,0	3 866	2,8	3 931	1,7
Au titre du minimum contributif	3 000	3 400	13,3	3 400	0,0	3 400	0,0
Autres transferts	0	0	--	9	++	8	-6,2
AUTRES PRODUITS NETS	256	273	6,5	219	-19,6	218	-0,9
RÉSULTAT NET	-6 017	-4 787		-3 139		-1 386	

Source : DSS/SDEPF/6A

Des recettes dynamiques en 2013 et 2014, sous l'effet de l'affectation de nouvelles recettes et de la hausse des taux de cotisation

Les cotisations sociales nettes ont progressé plus rapidement en 2013 qu'en 2012 (+5,4% après +3,9%), en dépit du ralentissement notable de la masse salariale plafonnée (+1,1% en 2013 contre +2,6% en 2012). Cette évolution tient à la conjugaison de plusieurs facteurs favorables. D'une part, la dynamique des recettes de cotisations a été soutenue par l'effet année pleine de la hausse du taux de cotisation de 0,2 point entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2012 dans le cadre du financement de la retraite anticipée (décret du 2 juillet 2012). Cette mesure a en effet engendré 0,9 Md€ de recettes de cotisations supplémentaires en 2013. En outre, la suppression des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 a augmenté mécaniquement le montant des cotisations de 1,6 Md€ en 2013 (et baissé par conséquent le montant des impôts et taxes affectés en compensation de ces exonérations). En 2014, les hausses de taux de cotisation prévues par le décret de 2012 (+0,1 point) et la loi du 20 janvier 2014 (+0,3 point), qui se traduiraient par des recettes estimées respectivement à 0,5 Md€ et 1,5 Md€, amplifieraient l'effet de la hausse de la masse salariale plafonnée (+1,84% après +1,21% en 2013). Cette dernière évoluerait toutefois à un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé (+2,20%), le plafond de la sécurité sociale progressant moins rapidement que le salaire moyen par tête (+1,40% contre +2,10%). Au total, les recettes de cotisations sociales augmenteraient de 4,3%, soutenant pour 2,7 points la progression des produits nets du régime.

Par ailleurs, l'amélioration du solde de la CNAV en 2013 est fortement imputable aux effets des mesures nouvelles adoptées dans le cadre des lois financières de 2012 (cf. fiche 4.3 du rapport de septembre 2013). Le taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a ainsi été augmenté de 2 points en juillet 2012¹, le rendement supplémentaire engendré par cette hausse étant réparti entre la CNAV, la CNAF et les fonds État ; la CNAV a donc bénéficié en 2013 d'un surcroît de recettes de l'ordre de 1,5 Md€. De même, la CNAV a bénéficié en 2013 de la hausse du taux du forfait social de 8% à 20% en septembre 2012, pour l'équivalent d'un produit de 1 Md€. Par ailleurs, la bonne tenue de l'assiette de la taxe sur les salaires a permis à la CNAV d'enregistrer un produit en hausse de 4,2%. Au total, les contributions sociales, impôts et taxes ont contribué pour un point à la croissance des produits nets en 2013, en dépit de la forte contraction du produit des recettes fiscales affectées en compensation des exonérations sur les heures supplémentaires.

La LFSS pour 2014 a également modifié sensiblement la répartition des recettes entre organismes de sécurité sociale (cf. fiche 2.1). Ainsi, la clé de répartition des allègements généraux entre branches du régime général a été révisée pour tenir compte de la hausse des taux de cotisation vieillesse, ce qui se traduit par une baisse des cotisations pour la branche. Les fractions de taxe sur les salaires et de prélèvement social sur les revenus du capital attribuées à la CNAV ont également été réduites, tandis qu'elle bénéficie désormais de 80% du produit du forfait social. Compte tenu de ces éléments et de la dynamique des différentes recettes, le produit des contributions, impôts et taxes devrait croître de 3% en 2014.

En outre, les cotisations prises en charge par le FSV ont progressé de 6,5% en 2013, portées par le dynamisme des prises en charge au titre du chômage qui se sont élevées à 10,7 Md€ (contre 10 Md€ en 2012). Cette évolution traduit notamment la hausse du nombre de chômeurs (+5,5%), qui compense le ralentissement de la cotisation forfaitaire de +3,4% à +2,3% (cf. fiche 6.8). Au total, l'évolution contra-cyclique des prises en charge au titre du chômage a permis d'atténuer l'effet de la dégradation économique sur le solde de la branche, en contribuant pour 0,6 point à la croissance des produits nets. En 2014, la progression des effectifs de chômeurs (+2,1%) combinée à une accélération de la cotisation forfaitaire (+3,5%) expliquerait la hausse des cotisations prises en charge par le FSV (12,7 Md€ après 12,1 Md€ en 2013).

En 2013, la CNAV a bénéficié d'un transfert d'équilibrage de 179 M€ provenant de la MSA, transfert qui devrait atteindre 358 M€ en 2014 sous l'effet notamment d'une stagnation des prestations sociales nettes. Enfin, les cotisations au titre de l'AVPF ont progressé de 7,7% en 2013 du fait, notamment, d'une hausse de la cotisation annuelle de 5,5%, mais elles devraient légèrement diminuer en 2014 pour atteindre 4,8 Md€.

¹ Cette hausse s'applique aux revenus de placement à compter du 1er juillet 2012 et aux revenus du patrimoine perçus à compter du 1er janvier 2012, revenus qui sont assujettis aux prélèvements sociaux avec un an de décalage. De ce fait, la mesure joue en année pleine sur 2013.

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	<i>En points</i>		
	2012	2013	2014 (p)
CHARGES NETTES	3,5	3,9	2,2
Prestations sociales nettes	3,6	3,6	2,3
Prestations légales nettes	3,5	3,6	2,3
Prestations extralégales nettes	0,0	-0,1	0,0
Transferts nets	0,0	0,3	-0,1
Compensation nette	0,0	0,4	-0,1
Transfert d'équilibrage	0,0	-0,1	0,0
Transferts divers entre régimes de base	-0,1	0,0	0,0
Autres charges nettes	-0,1	0,0	0,0
PRODUITS NETS	4,9	5,7	3,9
Cotisations sociales nettes et cotisations prises en charge par l'Etat	2,4	3,4	2,7
Contributions sociales, impôts et taxes	0,7	1,0	0,3
Impôts et taxes	-0,5	-1,2	-0,4
Impôts et taxes en compensations des heures supplémentaires	-0,7	-1,5	0,0
Taxe sur les salaires	0,1	0,3	-0,4
Contributions sociales diverses	1,2	2,2	0,7
Forfait social	0,2	0,8	2,5
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	0,0	0,0	0,0
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	0,3	0,8	-0,7
Prélèvement social sur les revenus des placements	0,7	0,6	-1,0
Transferts nets	1,7	1,4	0,8
Transfert d'équilibrage	-0,1	0,2	0,2
Prises en charge de cotisations par le FSV	1,0	0,7	0,6
Prises en charge de prestations par le FSV	0,6	0,1	0,1
Cotisations prises en charge (AVPF)	0,1	0,3	0,0
Transferts divers entre régimes de base	0,1	0,0	0,0
Autres produits nets	0,1	-0,1	0,0

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 1 • Les écarts à la LFSS pour 2014

Le solde 2013 s'est élevé à -3,14 Md€ en 2013, en amélioration de 0,15 Md€ par rapport à la prévision réalisée en LFSS pour 2014. Cette révision tient à la conjugaison de différents facteurs contraires : le rendement plus faible qu'anticipé sur le poste des contributions sociales et recettes fiscales (-0,43 Md€) est plus que compensé par l'écart positif constaté sur les prestations (0,13 Md€ pour les prestations légales nettes et 0,05 Md€ pour les prestations extralégales), sur les recettes sur revenus d'activité (0,14 Md€) et sur les prises en charge de cotisations au titre de l'AVPF (0,26 Md€).

La prévision du solde pour 2014 serait à l'inverse dégradée par rapport à la LFSS de -0,13 Md€, le déficit de la branche s'établissant à 1,39 Md€ (contre 1,25 Md€ en prévision LFSS). Compte tenu de la révision à la baisse du rendement du forfait social et des prélèvements sur les revenus du capital, la perte sur le poste des contributions et recettes fiscales (-0,44 Md€) et la diminution des prises en charge de cotisations par le FSV (-0,11 Md€) seraient supérieures aux gains attendus sur les autres postes. La révision à la baisse des prestations nettes en lien avec la moindre revalorisation des pensions (+0,47% en moyenne annuelle contre +1% en LFSS) et les recettes sur revenus d'activité amélioreraient le solde de 0,26 Md€ et 0,05 Md€ respectivement par rapport à la LFSS. A cet effet, viendrait s'ajouter l'augmentation des prises en charge de cotisations au titre de l'AVPF (0,15 Md€).

	<i>en milliards d'euros</i>	
Effet sur le solde	2013	2014 (p)
Solde LFSS 2014	-3,29	-1,25
Prestations nettes	0,13	0,21
Prestations extralégales	0,05	0,05
Gestion administrative	0,00	-0,01
Recettes sur revenus d'activité	0,14	0,05
Contributions sociales et recettes fiscales	-0,43	-0,44
Prises en charge de cotisations FSV	-0,04	-0,11
Prises en charge de cotisations AVPF	0,26	0,15
Compensation et transferts d'équilibrage	0,09	0,02
Charges/produits financiers nets	0,00	0,01
Autres	-0,05	-0,07
Solde technique	-3,14	-1,39
Ecart à la prévision LFSS	0,15	-0,13

Source : DSS/SDEPF/6A

6.4 Les comptes de la branche famille

Le déficit de la CNAF s'est établi à 3,2 Md€ en 2013, soit une dégradation de 0,7 Md€ par rapport à 2012 (cf. tableau 1). Il devrait toutefois se réduire en 2014, pour atteindre 2,8 Md€.

Le déficit de la CNAF s'est sensiblement dégradé en 2013 sous l'effet conjugué de transferts plus dynamiques et de la détérioration de certaines recettes

Les charges nettes ont progressé de 2,8 % en 2013

Si les prestations ont connu une hausse modérée, les charges nettes de la CNAF ont été portées par un transfert dynamique à la CNAV au titre de la prise en charge de cotisations au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Les prestations sociales nettes représentent 78% des charges de la branche et ont progressé de 2,4% en 2013. Toutefois, des disparités de dynamique existent au sein de ces prestations. Ainsi, les **prestations légales**, qui représentent 63% des charges nettes de la CNAF, ont progressé de 2,4%. En revanche, la dotation de la branche au fonds national des aides au logement (FNAL), a crû de 5% en 2013, reflétant la forte croissance de l'aide personnalisée au logement (cf. fiche 3.8). A l'inverse, les **dépenses au titre de l'action sociale se sont maintenues à leur niveau de 2012**, alors qu'elles avaient contribué pour 0,6 point à la croissance des prestations en 2012 (cf. fiche 3.10). En 2013, c'est surtout le **transfert** à la CNAV au titre de l'AVPF qui a porté la hausse des charges nettes : il a augmenté de près de 8% et contribue pour 0,6 point à la croissance de l'ensemble des charges nettes. Cette forte hausse est toutefois en partie liée à des régularisations au titre d'années antérieures¹.

Des produits nets peu dynamiques en 2013

Les produits nets de la CNAF, en particulier les cotisations sociales et la CSG, ont été peu dynamiques en 2013 (+1,5%), pâtissant d'une conjoncture économique dégradée. Cette faible progression des recettes par rapport aux charges nettes contribue aussi à l'aggravation du déficit en 2013. Les **cotisations sociales nettes** de la CNAF (64% de ses produits) ont progressé de 1,2% en 2013, contribuant pour 0,8 point à la croissance des produits nets (cf. tableau 2). Les cotisations brutes des salariés ont progressé plus rapidement que la masse salariale (1,7% contre 1,2%), consécutivement à la baisse du montant des allègements généraux (cf. fiche 2.5). La forte diminution par rapport à 2012 du rendement brut des cotisations des travailleurs indépendants (-5,2%) a limité la progression globale des recettes de cotisations. Cette baisse résulte du niveau particulièrement élevé en 2012 qui s'expliquait par d'importantes régularisations au titre des années antérieures. En 2013, ces écritures comptables exceptionnelles sur le champ des non-salariés en 2012 sont également venues modérer la croissance des **produits de CSG nette**. Ces derniers ont en effet augmenté de 0,8%, soit une croissance bien inférieure à la progression de la masse salariale, contribuant ainsi pour seulement 0,1 point à la croissance des produits.

Enfin, les **impôts et taxes**, qui ont contribué pour 0,5 point à la croissance des produits nets de la branche, ont progressé de 3,6%. En sus des mesures de recettes décidées par la LFSS pour 2011 et la LFR d'août 2012 (cf. encadré 2), la CNAF a notamment bénéficié du rendement attendu de la création d'une tranche supplémentaire de la taxe sur les salaires, décidée en LFSS pour 2013, *via* une hausse de sa quote-part dans la répartition du produit de la taxe sur les salaires.

¹ Enfin, il est à noter que la forte croissance (+24%) des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et de dégrèvements s'explique directement par la croissance des produits issus des prélèvements sur les revenus du capital et de la taxe sur les salaires, désormais présentés y compris FAR et dégrèvements (cf. fiche 2.8).

Tableau 1 • Charges et produits nets de la CNAF

	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES NETTES	54 568	56 275	3,1	57 826	2,8	59 244	2,5
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	42 654	44 160	3,5	45 223	2,4	46 262	2,3
Prestations légales nettes	34 696	35 731	3,0	36 583	2,4	37 010	1,2
Allocation en faveur de la famille	16 839	17 460	3,7	17 860	2,3	18 220	2,0
Allocations pour la garde des enfants	12 471	12 642	1,4	12 824	1,4	12 813	-0,1
Allocations en faveur du logement	4 217	4 248	0,8	4 372	2,9	4 411	0,9
Autres prestations légales	1 160	1 230	6,0	1 255	2,0	1 285	2,5
Provisions et pertes nettes des reprises	10	150		272		281	
Prestations extralégales nettes	3 888	4 209	8,3	4 211	0,0	4 683	11,2
Financement du FNAL	4 070	4 220	3,7	4 430	5,0	4 568	3,1
TRANSFERTS NETS	9 207	9 380	1,9	9 829	4,8	9 878	0,5
Prises en charge des cotisations au titre de l'AVPF	4 432	4 516	1,9	4 866	7,7	4 842	-0,5
Congé paternité net	309	281	-9,3	272	-3,2	283	4,3
Majorations pour enfants	4 381	4 498	2,7	4 605	2,4	4 666	1,3
Autres transferts	85	85	-0,5	86	1,6	87	1,1
AUTRES CHARGES NETTES	2 707	2 736	1,1	2 773	1,4	3 104	11,9
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et dégrèvements	32	37	15,3	46	23,5	39	-14,5
Charges de gestion courante	2 619	2 644	1,0	2 634	-0,4	3 010	14,3
Charges financières, charges exceptionnelles et autres	56	55	-2,6	93	++	55	--
PRODUITS NETS	51 978	53 772	3,5	54 593	1,5	56 490	3,5
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	51 139	52 903	3,5	53 707	1,5	55 657	3,6
Cotisations sociales nettes	33 566	34 577	3,0	34 985	1,2	35 026	0,1
Cotisations sociales des salariés	30 022	30 706	2,3	31 216	1,7	31 252	0,1
Cotisations sociales des non salariés	3 808	4 382	15,1	4 155	-5,2	4 154	0,0
Majorations et pénalités	104	141	34,6	123	-12,7	131	6,9
Reprises nettes des provisions et pertes	-369	-652		-509		-511	
Cotisations prises en charges par l'Etat nettes	528	522	-1,1	551	5,6	516	-6,5
CSG nette	9 265	9 676	4,4	9 753	0,8	10 701	9,7
Produits de CSG	9 290	9 727	4,7	9 772	0,5	10 723	9,7
Reprises nettes des provisions et pertes	-25	-50		-19		-22	
Impôts, taxes et contributions sociales	7 780	8 127	4,5	8 418	3,6	9 414	11,8
Impôts et taxes du panier TEPA	117	106	-9,4	73	-31,4	81	10,9
Préciput	1 626	1 446	-11,1	1 264	-12,6	1 084	-14,2
Stock option et prélèvements sur les jeux	0	0		0		610	++
Prélèvement social sur revenu du capital	0	351	++	411	17,0	0	--
Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	890	1 023	15,0	1 052	2,8	1 082	2,9
Taxes tabac	1 557	1 440	-7,5	1 037	-28,0	1 027	-1,0
Taxe sur les salaires	2 756	2 924	6,1	3 558	21,7	3 629	2,0
Taxes sur les primes d'assurance automobile	2	4	++	1 018	++	1 902	++
Exit Tax et autres taxes	831	832	0,1	5	--	0	--
TRANSFERTS NETS	305	336	10,4	342	1,6	346	1,3
AUTRES PRODUITS NETS	534	533	-0,3	544	2,1	487	-10,6
RESULTAT NET	-2 591	-2 503		-3 233		-2 754	

Note : le montant des cotisations sociales des salariés ne correspond pas au montant affiché dans la fiche 2.2. en raison de la consolidation ici des cotisations et des produits de CSG assis sur les revenus des employés et personnels de maison et qui sont pris en charge par la CNAF au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

Source : DSS/SD EPF/6A.

Tableau 2 • Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits

	En points	
	2013	2014 (p)
CHARGES NETTES	2,8%	2,5%
Prestations sociales nettes	1,9	1,8
Prestations légales nettes	1,5	0,7
Prestations extralégales nettes	0,0	0,8
Financement du FNAL	0,4	0,2
Transferts nets vers d'autres régimes de base	0,8	0,1
AVPF	0,6	0,0
Prises en charges de prestations	0,2	0,1
Charges de gestion courante	0,0	0,6
Autres charges nettes	0,1	-0,1
PRODUITS NETS	1,5%	3,5%
Cotisations sociales nettes	0,8	0,1
Cotisations prises en charges par l'Etat nettes	0,1	-0,1
CSG nette	0,1	1,7
Impôts, taxes et contributions sociales	0,5	1,8
Transferts nets	0,0	0,0
Autres produits nets	0,0	-0,1

Source : DSS/SD EPF/6A.

Le ralentissement des prestations et l'affectation de recettes dynamiques devraient permettre une réduction du déficit en 2014

En 2014, la croissance des produits nets prendrait le pas sur celle des charges nettes, permettant ainsi une amélioration du solde de la CNAF de 0,5 Md€ par rapport à 2013.

Malgré une forte croissance des prestations extralégales et des charges de gestion courante, la faible revalorisation de la BMAF limiterait la progression des charges nettes à 2,5% en 2014.

La faible revalorisation de la BMAF (+0,75% en moyenne annuelle, cf. fiche 3.7) permettrait de limiter la hausse des prestations légales en 2014 à 1,2%. Ces prestations deviendraient ainsi le second contributeur à la croissance des prestations sociales (0,7 point) après les prestations extralégales qui progresseraient fortement en 2014 (+11,2% soit 0,8 point de contribution, cf. tableau 2). En effet, l'intégration des prestations extralégales de la MSA à compter du 1^{er} janvier (cf. encadré 2), le rebond des dépenses d'investissement au titre des plans crèche et l'augmentation des prestations d'action sociale, feraient croître les dépenses d'action sociale de plus de 11%. En outre, les charges de gestion courante, amplifiées par l'intégration des dépenses famille de la MSA, progresseraient de 14%. Par ailleurs, le moindre dynamisme de l'abondement au FNAL en raison d'une revalorisation des barèmes des aides au logement faible et reportée au 1^{er} octobre¹ rendrait sa contribution à la croissance des charges nettes deux fois moins importante qu'en 2013 (0,2 point après 0,4 point en 2013). Enfin, la dépense liée à l'AVPF, en dépit de la hausse du taux de cotisation, diminuerait légèrement (-0,5%) du fait d'une baisse du nombre de bénéficiaires et de régularisations au titre d'exercices antérieurs minorant la dépense.

Les produits nets progresseraient de 3,5 % en 2014

La baisse du taux des cotisations d'allocations familiales à compter du 1^{er} janvier neutralise l'effet sur les cotisations de la progression de la masse salariale. Ainsi, la contribution des cotisations à la croissance des produits nets de la CNAF ne s'élèverait plus qu'à 0,1 point, malgré une croissance de la masse salariale privée prévue à 2,2%, une diminution des allègements généraux et l'intégration des cotisations de la MSA. L'affectation de recettes supplémentaires au titre de la réforme du quotient familial (cf. encadré 2) explique la forte augmentation de la CSG nette et des impôts et taxes, qui porteraient la totalité de la croissance des produits nets en 2014. La CSG nette attribuée à la CNAF progresserait de 9,7% en 2014 du fait de la modification des clés de répartition de cette recette. Les impôts et taxes augmenteraient de 11,8% notamment grâce à l'affectation de nouvelles recettes, pour un montant total de 1,4 Md€. La progression de la CSG nette et celle des impôts et taxes contribueraient ainsi respectivement à hauteur de 1,7 et 1,8 point à la croissance des produits nets.

Encadré 1 • La dégradation du solde de 2013 accroît le déficit prévisionnel de la CNAF en 2014

Le déficit prévisionnel pour 2014 a été fortement révisé à la hausse (+0,4 Md€) depuis la prévision établie lors de la LFSS pour 2014 (cf. tableau 3). Cela est principalement imputable à la dégradation de 2013.

En effet, le déficit 2013 est supérieur de 0,5 Md€ à la prévision faite en LFSS pour 2014 en raison de trois facteurs principaux : des prestations nettes supérieures de 0,17 Md€ à la prévision, un transfert au titre de l'AVPF bien plus important que prévu (+0,27 Md€), et de moindres recettes assises sur les revenus des non-salariés (-0,39 Md€) et sur les recettes sur le capital (-0,06 Md€). La sous-exécution du FNAS de 0,24 Md€ ne suffit pas à réduire l'écart global au solde prévu. Dès lors, la prévision du solde 2014 est affectée, en base, des réalisations de 2013, en sus des éléments nouveaux venant modifier les prévisions.

En 2014, la reprise en base de la sous-consommation du FNAS de 2013 ne devrait pas permettre de compenser intégralement les charges additionnelles. En outre, les prestations légales seraient légèrement supérieures à la prévision de la LFSS (0,09 Md€), malgré la révision à la baisse de leur progression en 2014. L'allocation à la CNAF d'effectifs supplémentaires augmentera les charges de gestion courante par rapport à la LFSS (0,07 Md€). Enfin, la dynamique de l'AVPF en 2013 se reporterait en partie sur 2014 (-0,15 Md€).

Les produits nets de la CNAF seraient aussi affectés par les moins-values de 2013 sur les revenus du capital (-0,11 Md€, notamment sur les placements). Il en serait de même pour la dégradation des recettes portant sur les revenus d'activité en 2013 (notamment ceux des travailleurs indépendants) qui se reporterait sur 2014 (-0,22 Md€) en dépit d'un ressaut des cotisations des salariés du privé.

Ainsi, l'écart d'amélioration du solde entre la prévision actuelle et celles de la LFSS pour 2014 s'élèverait à 0,05 Md€ : l'amélioration prévue du solde de la CNAF entre 2013 et 2014 s'élevait à 0,43 Md€ en LFSS et serait de 0,48 Md€ aujourd'hui.

¹ Cf. fiche 3.8. du rapport.

Tableau 3 • Ecart à la prévision faite pour la LFSS 2014

	En milliards d'euros	
	2013	2014 (p)
SOLDES PREVUS EN LFSS 2014	-2,77	-2,34
Prestations sociales nettes	0,07	0,16
Prestations légales nettes	-0,17	-0,09
Prestations extralégales nettes	0,24	0,24
Dotation au FNAL	0,00	0,01
Gestion administrative	0,03	-0,07
Transferts aux autres régimes de base	-0,27	-0,15
Recettes sur revenus d'activité	-0,27	-0,22
Assises sur les revenus du secteur privé	-0,02	0,09
Assises sur les revenus des non-salariés	-0,39	-0,37
Recettes assises sur les autres assiettes nettes des provisions	0,13	0,06
Contributions sociales et recettes fiscales hors CSG activité	-0,03	-0,14
Recettes sur revenus du capital	-0,06	-0,11
Autres taxes	0,04	-0,03
Autres	0,01	0,00
SOLDES CCSS JUIN 2014	-3,23	-2,75
Ecart au solde précédent	-0,46	-0,42

Source : DSS/SD EPF/6A.

Encadré 2 • Evolution du financement de la branche famille

Plusieurs réformes ont conduit à modifier substantiellement la structure des recettes de la branche famille. La LFSS pour 2011 a conduit à transférer à la CADES 0,28 point du taux de CSG affecté à la CNAF. En compensation, la LFSS pour 2011 a affecté à la CNAF le produit de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA) et celui de l'exit tax, ainsi que le rendement supplémentaire engendré par l'assujettissement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les supports en euros des contrats d'assurance-vie (préciput). Le rendement du préciput étant décroissant et le produit de l'exit tax exceptionnel en 2011 et 2012, il a également été acté que la CNAF bénéficierait, à compter de 2013, du produit des contributions sur les primes d'assurance automobile jusque-là affecté à la CNAM, en échange d'une minoration de sa fraction sur les droits tabacs (cf. encadré 1 de la fiche 12.4 du rapport CCSS de septembre 2013).

Afin de financer la hausse de 25% du montant de l'allocation de rentrée scolaire en 2012, la LFR d'août 2012 a affecté à la CNAF une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital, dont le taux d'assujettissement a été relevé de deux points.

De nouveaux transferts de recettes entre organismes ont été décidés en LFSS pour 2014 (cf. fiche 2.1). Tout d'abord, une baisse du taux de la cotisation patronale d'allocations familiales (-0,15 point) a été décidée, afin de neutraliser le coût, pour les employeurs, de la hausse du taux de cotisations vieillesse (+0,3 point de taux de cotisations dé plafonnées, dont la moitié pour la partie patronale). Cette perte de recettes (1,1 Md€) pour la branche a été compensée par l'État, qui a également affecté à la branche le produit supplémentaire d'impôt sur le revenu attendu de la réforme du quotient familial décidée en LFI 2014 (1 Md€). Afin de transférer 2,1 Md€ de recettes vers la CNAF, une fraction supplémentaire de TVA nette a été attribuée à la CNAM, tandis que la répartition des recettes entre organismes était modifiée.

Par conséquent, en 2014, le taux de CSG affectée à la CNAF a été relevé, une fraction plus importante de la taxe sur les salaires lui a été attribuée, tandis que les contributions sur les stock-options et sur les jeux et paris, auparavant affectés à la CNAM, et la taxe sur les véhicules de société, auparavant affectée à la MSA, sont désormais des produits de la CNAF. La CNAF a également bénéficié d'une révision à la baisse des allègements généraux à sa charge. En revanche elle transfère à la CNAM le produit du prélèvement social sur les revenus du capital.

Dans le même temps, la MSA ne fera plus exception à l'universalité de la branche famille à compter de 2014. En effet, jusqu'à fin 2013, les prestations extralégales des allocataires de la MSA (salariés ou exploitants), ainsi que les charges de gestion courante continuaient d'être financées par des cotisations propres au régime agricole. Depuis le 1^{er} janvier 2014, ces éléments sont intégrés au compte de résultat de la CNAF, autant en charges qu'en produits (cf. encadré 2 de la fiche 12.4 du rapport CCSS de septembre 2013).

6.5 Les transferts

Les transferts évoqués ici sont les flux financiers que le régime général échange avec d'autres régimes de sécurité sociale et des fonds de financement, les transferts internes au régime général et les contributions de l'Etat.

Les transferts internes au régime général atteignent 13,7 Md€ en 2013

Certains transferts financiers sont internes au régime général puisqu'ils se font entre ses différentes branches (cf. tableau 1). Ils sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général en charges et en produits, et n'ont donc pas d'impact sur le résultat net. Ils sont encore en hausse cette année par rapport à 2012 (+3,2%) mais en ralentissement (+5,4% en 2012). En 2014, le ralentissement amorcé en 2013 se poursuivrait (+1,5%) et les transferts internes atteindraient 13,9 Md€.

Le transfert interne le plus important est la prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) par la CNAF pour le compte de la CNAV. La forte progression en 2013 (+7,7%) s'explique par plusieurs facteurs : une forte hausse du nombre de bénéficiaires, une hausse de la cotisation de référence liée à l'évolution du SMIC mesurée en moyenne annuelle au 1^{er} juillet (+4,5%), la hausse des taux de cotisations vieillesse et enfin d'importantes régularisations au titre d'années antérieures. En 2014, ce transfert diminuerait légèrement.

La CNAF finance également les majorations de pensions pour enfants versés par les régimes de retraite, ce qui représente le deuxième transfert le plus important. Elle a versé 4,6 Md€ aux régimes de retraite de base en 2013, dont 3,8 Md€ à la CNAV. En 2014, ce transfert n'augmenterait que de 1,8% (contre 2,9% en 2013) en raison du décalage au 1^{er} octobre de la revalorisation des prestations de retraite.

Par ailleurs, la CNAF prend en charge l'ensemble des cotisations et de la CSG assises sur les rémunérations des assistants maternels et des gardes à domicile dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant. Cela représente un transfert vers les organismes de sécurité sociale de 3,3 Md€ en 2013 dont 2,2 Md€ pour le régime général.

Dans les comptes de la CNAM figure un transfert interne à la branche maladie (1,3 Md€ en 2013) qui permet d'identifier l'avantage dont bénéficient les médecins du fait de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations maladie. La CNAM prend également en charge une partie de leurs cotisations famille (0,3 Md€ en 2013). Ces prises en charge seraient en hausse de 5,8% en 2014.

Enfin, si 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 de 790 M€, la branche AT-MP rembourse à la branche maladie, à compter de 2013, 25 M€ au titre du fonds d'intervention régionale. Ces deux versements resteraient stables en 2014 mais le versement pour les départs à la retraite anticipée au titre de l'amiante augmenterait de 22 M€, atteignant ainsi 77 M€.

Le solde entre les transferts reçus et versés demeure positif en 2013 et continuerait d'augmenter en 2014

Longtemps négatif, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est devenu excédentaire en 2011 suite à la réforme des retraites de 2010 où une partie du coût du minimum contributif (MICO) a été prise en charge par le FSV pour la CNAV et les régimes alignés. Cette tendance se poursuit en 2013 avec un solde de 3,0 Md€ contre 2,3 Md€ en 2012 (cf. graphique 2).

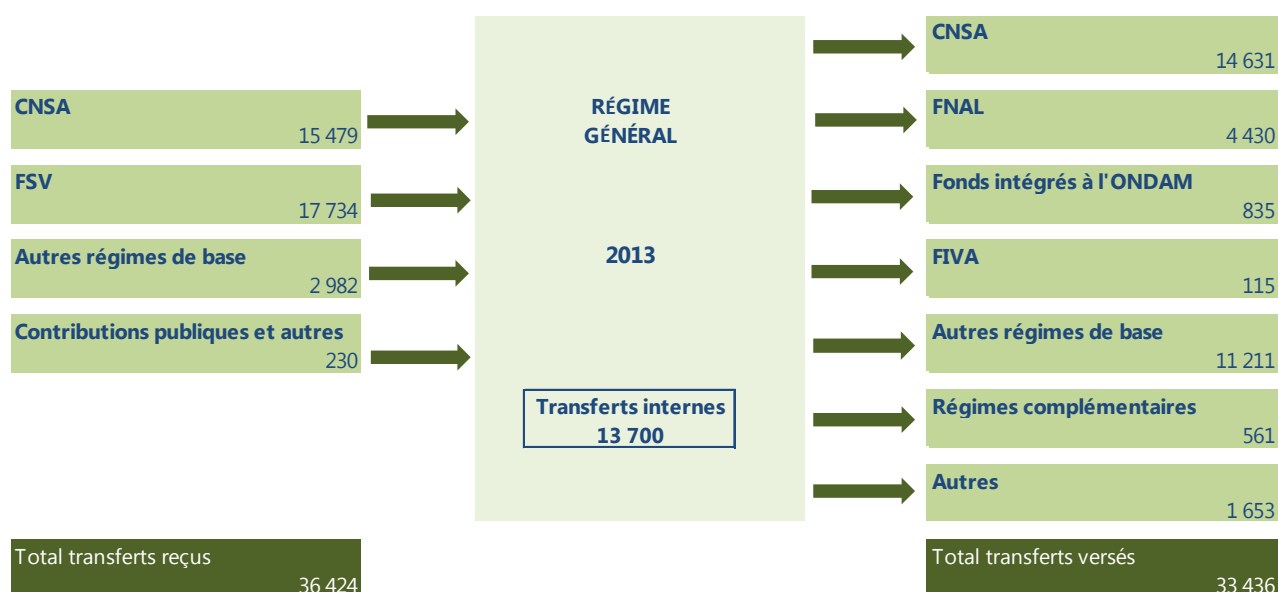
La poursuite de l'amélioration de ce solde en 2014 vient notamment de la branche vieillesse dont la charge de compensation démographique baisse et le produit de la prise en charge des cotisations chômage augmente. Elle est du aussi à l'amélioration de la situation financière de certains régimes intégrés à la CNAM et la CNAV. Ce résultat pour les branches famille et AT reste négatif. Après s'être amélioré en 2013 avec la baisse transitoire de la dotation au fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), le solde de la branche AT se dégraderait en 2014 pour atteindre -2 Md€ à cause de cette même dotation qui augmenterait de 320 M€. Le solde de transferts de la branche famille ne cesse de se détériorer en raison du dynamisme des transferts dont elle a la charge.

Tableau 1 • Transferts internes au régime général

		En millions d'euros							
	Emetteur	Recepteur	2012	%	2013	%	2014 (p)	%	
TRANSFERTS INTERNES AU RÉGIME GÉNÉRAL			13 272	5,4	13 700	3,2	13 912	1,5	
Prise en charge de cotisations AVPF	CNAF	CNAV	4 516	1,9	4 866	7,7	4 842	-0,5	
Prise en charge de cotisations PAM	CNAM	CNAM et CNAF	1 632	7,0	1 621	-0,7	1 716	5,8	
Prise en charge de cotisations des préretraités pour amiante	CNAM-AT	CNAV	129	-	119	-7,3	120	0,1	
Prises en charge de prestation par la CNAF	CNAF	CNAM	225	-0,7	224	-0,7	224	0,1	
Prises en charge de départs dérogatoire en retraite	CNAM-AT	CNAV	145	++	55	--	77	39,6	
Majorations pour enfants	CNAF	CNAV	3 719	3,2	3 827	2,9	3 895	1,8	
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	CNAM-AT	CNAM	790	11,3	790	-0,1	790	0,0	
Remboursement des dépenses au titre du FIR	CNAM-AT	CNAM	-		25	-	25	0,0	
Prise en charge de cotisations et de CSG au titre du CMG	CNAF	RG	2 116	2,9	2 173	2,7	2 224	2,4	

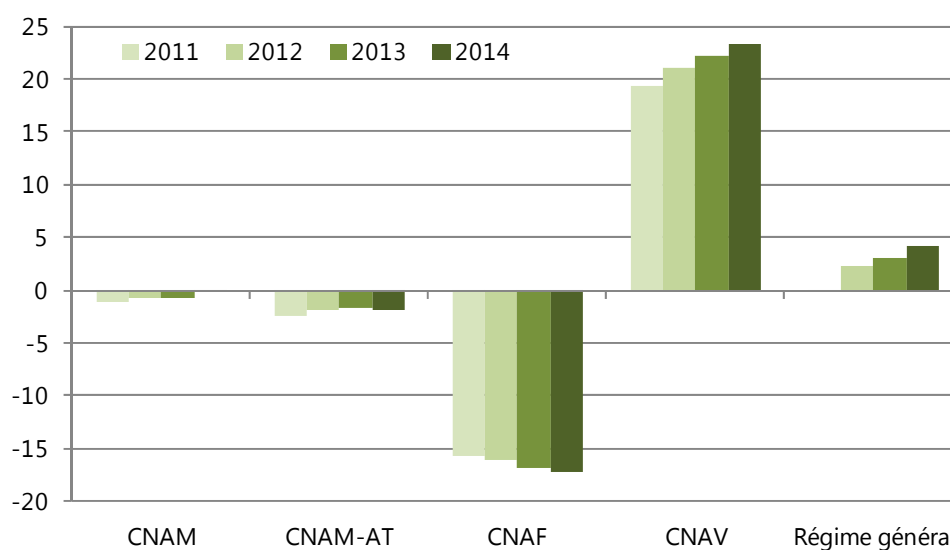
Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 • Vue synoptique des transferts du régime général en 2013 (en millions d'euros)



Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 2 • Évolution des soldes de transferts par branche (en milliards d'euros)



Source: DSS/SDEPF/6A

L'augmentation des transferts reçus par le régime général est majoritairement liée aux prises en charge de cotisations par le FSV

En 2013, les transferts reçus par le régime général s'élevaient à 50,1 Md€ (47,7 Md€ en 2012), le montant consolidé (cf. fiche 6.6) est de 21,8 Md€ (20,3 Md€ en 2012) soit 5,8% des produits nets du régime général.

Leur augmentation de +7,5% tient pour partie au dynamisme des transferts versés par le FSV au titre des prises en charge de cotisations qui augmentent de 0,7 Md€ et notamment des cotisations des chômeurs. Cette prise en charge (12 Md€ en 2013) a augmenté de 6,5% en 2013 après +10% en 2012. La dégradation de la situation de l'emploi, la revalorisation du SMIC et la hausse des taux de cotisations vieillesse constituent les éléments d'explication de cette évolution.

La forte croissance des transferts provenant des autres régimes de base s'explique par les versements des régimes aux fonds CNAM qui sont consécutifs à la mise en place du FIR. Le montant de ce poste a augmenté de 313 M€. C'est l'un des postes qui explique l'augmentation des transferts des autres régimes vers le régime général. Contribuent aussi à cette augmentation le produit des intégrations financières, dont le montant a augmenté de 204 M€, et dans une moindre mesure, l'augmentation de la part de la MSA et du RSI dans la prise en charge des cotisations des PAM et l'évolution du transfert lié à l'adossement financier du régime des industries électriques et gazières (CNIEG).

Les transferts venant des fonds tels que le FSV et la CNSA sont en augmentation. Côté CNSA, les transferts évoluent au même rythme que 2012 (+4%) et sur un niveau voisin en 2014 (+3,5%). En ce qui concerne le FSV, les montants se décomposent en deux parties, les cotisations prises en charge et les prestations compensées par le FSV. Les prises en charge de prestations par le FSV pour la CNAV ont été presque stables en 2013 (+0,2%) et atteignent 5,7 Md€, tirées uniquement par la prise en charge au titre du minimum vieillesse. La prise en charge au titre du MICO reste identique (3,4 Md€). La part des contributions publiques a progressé en 2013 en raison d'un remboursement de cotisations de 94 M€ au titre des détenus.

La poursuite de la croissance des transferts reçus prévue en 2014 (+5,8%) vient en majeure partie des intégrations financières. Les besoins de financement des branches maladie du régime des exploitants agricoles et du régime des militaires ainsi que celui de la branche vieillesse du régime des salariés agricoles s'améliorent. Les prises en charge de cotisations des chômeurs qui seraient encore orientées à la hausse notamment avec la nouvelle hausse des taux de cotisation vieillesse participent également à cette augmentation.

Après une baisse de 4,6% en 2012, les transferts versés augmentent de 4,3%

En 2013, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 47,1 Md€ (contre 45,4 Md€ en 2012), le montant consolidé s'établissant ainsi à 18,8 Md€ (18 Md€ en 2012), soit 5,6% des charges nettes. Il a progressé de +4,3% après -4,6% en 2012. En 2014, les transferts versés consolidés augmenteraient de 0,5%.

Les transferts versés aux autres régimes de base en 2013 sont en hausse de 3,3% sous l'impulsion essentiellement de la compensation démographique qui progresse de 5,6%. Cette augmentation est le fait de la compensation démographique vieillesse entre régimes salariés et elle s'explique par la hausse des charges à compenser (+5,9%) qui a été plus rapide que la hausse de la masse salariale de l'ensemble de ces régimes (+2,1%). En 2014, ces transferts devraient baisser de 2,7% en raison de l'évolution de la compensation démographique, mais aussi des intégrations financières.

Les transferts versés à des fonds de financement ont augmenté de +4,4% s'élevant à 21,6 Md€ en 2013, évolution due à trois postes : le transfert au titre du médico-social (+3,8%), le financement d'une partie de l'APL par la CNAF (+5%) et les fonds ONDAM, essentiellement le FIR, qui augmentent d'un tiers par rapport à 2012. En 2014, ces transferts poursuivraient cette tendance (+3,8%) en raison de l'ONDAM médico-social et du versement au FIVA dont la dotation a été transitoirement abaissée en 2013 et qui dépasserait son niveau de 2012 (435 M€ au lieu de 315 M€ en 2012).

La croissance de l'ONDAM médico-social ne pèse pas sur le solde des transferts puisqu'il s'agit pour la CNAM et la CNAM-AT d'une écriture symétrique (cf. fiche 6.6).

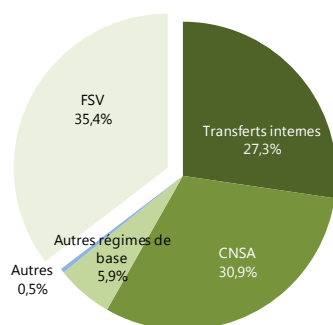
Tableau 2 • Ensemble des transferts du régime général

	En millions d'euros					
	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
TRANSFERTS VERSÉS PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL	45 396	0,8	47 135	3,8	47 869	1,6
Transferts internes au régime général *	13 272	5,4	13 700	3,2	13 912	1,5
Transferts avec les autres régimes de base	10 854	-1,8	11 211	3,3	10 904	-2,7
Transferts avec les fonds	20 757	-1,1	21 664	4,4	22 494	3,8
Transferts vers des régimes complémentaires	513	29,9	561	9,3	560	-0,2
TOTAL DES TRANSFERTS VERSÉS CONSOLIDÉS	18 023	-4,6	18 805	4,3	18 898	0,5
TRANSFERTS REÇUS PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL	47 649	6,1	50 124	5,2	52 026	3,8
Transferts internes au régime général *	13 272	5,4	13 700	3,2	13 912	1,5
Transferts avec les autres régimes de base	2 341	5,4	2 982	27,4	3 488	17,0
Transferts avec les fonds	31 874	6,4	33 213	4,2	34 402	3,6
Autres transferts	161	11,3	230	42,6	224	-2,4
TOTAL DES TRANSFERTS REÇUS CONSOLIDÉS	20 276	8,0	21 794	7,5	23 054	5,8
SOLDE DES TRANSFERTS CONSOLIDÉS	2 253		2 989		4 157	

Source: DSS/SDEPF/6A

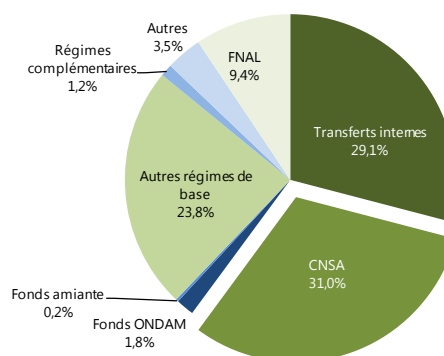
*: voir le détail des transferts dans le tableau 1

Graphique 3 • les transferts REÇUS par le régime général en 2013 – par source



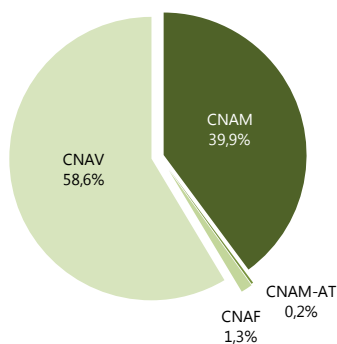
Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 4 • les transferts VERSÉS par le régime général en 2013 – par source



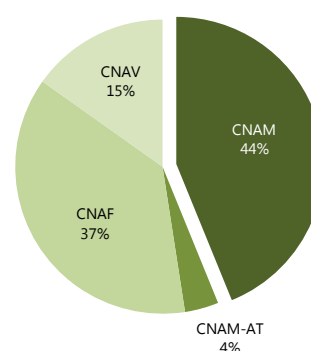
Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 5 • les transferts REÇUS par le régime général en 2013 – par branches



Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 6 • les transferts VERSÉS par le régime général en 2013 – par branches



Source: DSS/SDEPF/6A

6.6 Les consolidations

Les comptes des régimes servant à la construction des agrégats du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale et de la loi de financement de la Sécurité sociale sont retraités par rapport à la présentation comptable utilisée par les régimes. Les différents retraitements d'écritures comptables opérés (cf. *infra* et tableau 1) sont destinés à permettre une analyse « économique » des évolutions du compte et sont totalement neutres sur les soldes.

Le total des consolidations s'élève à 45 Md€ en 2013

Trois types de retraitements sont effectués, pour un montant total de 45 Md€ en 2013 (cf. tableau 2) : 17 Md€ relèvent de la consolidation des dotations aux provisions, des reprises et des pertes sur créances, 14,6Md€ de la neutralisation d'écritures symétriques et 13,7 Md€ de transferts internes aux branches du régime général. Les consolidations internes aux branches s'élèvent à 32,9 Md€ et portent à plus de 90% sur la CNAM ; sa part augmente chaque année, alors que celles de la branche ATMP et de la CNAF diminuent.

Le montant total des consolidations du régime général a augmenté de 0,8 Md€ en 2013 (de 44,2 Md€ à 45 Md€) après avoir progressé de 2,5 Md€ en 2012. En 2013 l'augmentation est le fait des écritures symétriques (+0,5 Md€) et des transferts entre branches du régime général tandis qu'en 2012 les charges liées au recouvrement expliquaient une grande partie de l'augmentation des montants consolidés.

La consolidation des dotations aux provisions, des reprises sur provisions et des pertes sur créances

Les écritures de provisions et d'admission en non valeur (ANV) conduisent à inscrire en charges des opérations relatives aux recettes. Parallèlement, en produits figurent des écritures de reprises sur provisions relatives aux dépenses de prestations. Ces écritures sont consolidées dans la présentation économique. En effet, à titre d'illustration, une provision pour créance n'est pas une charge pour le régime, mais la couverture d'un risque de non recouvrement d'une recette qui sans cette écriture majorerait le résultat comptable. 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, déjà provisionnée, qui se rattache à l'exercice précédent et qui n'a donc pas à peser sur le résultat de l'exercice¹. 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.

Le montant des **provisions et reprises consolidées** s'élève à 17 Md€ en 2013 (cf. tableau 2), soit un niveau équivalent à 2012. Sur ces 17 Md€, 13,3 Md€ correspondent à des reprises de provisions pour charges, et 3,7 Md€ sont attribuables à des provisions et pertes sur créances portant sur des produits. A l'inverse de 2012, ce sont les reprises sur provisions pour prestations qui augmentent en 2013. Les provisions pour créances ont quant à elles diminué de 15 %, pour s'élever à un niveau légèrement supérieur à celui de 2011.

En 2012, **les charges liées au recouvrement** avaient fortement augmenté, conséquence d'une hausse des restes à recouvrer et des provisions pour litiges et recours contre tiers. En 2013, ces charges sur les produits ont fortement diminué pour ces trois types de recettes. En ce qui concerne les charges liées au seul risque de non recouvrement, la baisse s'explique par une baisse des restes à recouvrer et une diminution du taux de dépréciation utilisé pour provisionner ces créances (cf. fiche 2.7).

Les **reprises sur provisions** pour charges ont fortement augmenté du fait de la reprise en 2013 de provisions 2012 sur les prestations maladie qui avaient été surévaluées (cf. fiche 3.4).

¹ Les reprises consolidées portent principalement sur la branche maladie. En effet, les prestations maladie sont essentiellement des remboursements et de ce fait, pour être correctement rattachées à la date du soin, elles nécessitent d'importantes écritures de provisions et de charges.

Tableau 1 • Présentation détaillée des consolidations

		Position dans les comptes	Consolidation		Ligne de de la présentation économique affectée
			intra- branche	inter- branche	
Pertes, provisions et reprises					
Reprise pour provisions sur prestations sociales	Prestations légales	Produits	x		Prestations sociales
	Prestations extralégales				Prestations extralégales
	CLEISS				Autres prestations
Reprise pour autres charges techniques	Transferts	Produits	x		Charges : Transferts entre branches du régime général
	Autres				Autres charges techniques
Pertes sur créances irrécouvrables portant sur des produits		Charges	x		Cotisations, CSG, impôts et taxes, prise en charge de cotisations par l'Etat, produits de recours contre tiers et autres produits
Provisions portant sur des produits		Charges	x		Cotisations, CSG, impôts et taxes, prise en charge de cotisations par l'Etat, produits de recours contre tiers et autres produits
Ecritures symétriques					
Prestations prises en charge par la CNSA		Produits/ Charges	x		- Charges : Transferts vers la CNSA - Produits : Transferts provenant de la CNSA
Avance de trésorerie de la CNAM-AT au FCAATA (jusqu'en 2011)		Produits/ Charges	x		- Charges : Diverses Charges techniques - Produits : Divers produits techniques
Transferts entre régimes					
Cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par la sécurité sociale	Cotisations maladie	Produits/Charges	x		Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale
	Cotisations famille	Produits/Charges		x	Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale
Prises en charge de prestations	Majorations de pensions pour enfants	Produits/Charges		x	Transferts vers/provenant du FSV
	Congé de paternité	Produits/Charges		x	Transferts entre régimes de base
	Départ dérogatoire pour pénibilité et amiante	Produits/Charges		x	Transferts entre régimes de base
Prise en charge de cotisations	Assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)	Produits/Charges		x	Transferts entre régimes de base
	Cotisations retraite des préretraités pour amiante (depuis 2012)	Produits/ Charges		x	- Charges : Transferts vers les régimes de base - Produits : Cotisation des inactifs
Prise en charge des cotisations dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)	Cotisations et CSG	Produits/ Charges	x	x	- Charges : Prestations légales de la CNAF - Produits : cotisations et CSG assises sur les revenus des employés et personnels de maison
Remboursement à la CNAM par la CNAM-AT-MP de dépenses au titre du FIR		Produits/Charges		x	Transferts entre régimes de base
Transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail		Produits/Charges		x	Transferts entre régimes de base

Source: DSS/SD EPF/6A.

Tableau 2 • Les consolidations des branches du régime général et du FSV

		En milliards d'euros			
		2011	2012	2013	2014
Maladie	Provisions et reprises	13,0	13,5	13,8	14,0
	Ecritures symétriques	13,5	14,1	14,6	15,0
	Transferts interne à la branche	1,3	1,4	1,3	1,4
	Total	27,8	29,0	29,8	30,4
ATMP	Provisions et reprises	0,8	0,9	0,9	0,7
	Ecritures symétriques	0,1	0,04	0,0	0,0
	Total	0,9	1,0	0,9	0,7
Famille	Provisions et reprises	0,7	1,3	1,1	0,6
	Transferts interne à la branche	0,3	0,3	0,3	0,3
	Total	1,0	1,6	1,5	1,0
Vieillesse	Provisions et reprises	1,3	1,3	1,1	1,2
Total consolidation intrabranches		30,7	32,6	32,9	33,0
dont Provisions et reprises		15,8	17,1	17,0	16,5
Ecritures symétriques		13,6	14,1	14,6	15,1
Transferts internes aux branches		1,6	1,7	1,7	1,8
Transferts entre branches du régime général		11,0	11,6	12,0	12,2
Total des consolidations		41,7	44,2	45,0	45,1
FSV	Provisions et reprises	0,5	0,2	0,1	0,1
	Transferts du FSV consolidés	4,4	4,5	4,6	4,7

Source : DSS/SD EPF/6A.

Les écritures symétriques

La branche maladie et la branche ATMP procèdent à l'écriture de charges qui seront *in fine* compensée par une écriture équivalente en produits. Comme ces doubles écritures n'ont pas d'impact sur le solde et qu'elles gonflent les produits et les charges, elles sont contractées.

Notamment, le transfert de l'ONDAM médico-social de la CNAM et de la branche AT-MP à la CNSA est consolidé dans les comptes de ces deux branches pour un montant de 14,6 Md€ en 2013 (après 14,1 Md€ en 2012). Cette neutralisation permet de ne pas faire de double compte de ces prestations qui apparaissent déjà en charges. Ainsi, l'ensemble des dépenses médico-sociales sont comptabilisées dans les prestations nettes, tandis que la contribution nette de la CNSA au financement de ces dépenses apparaît en produits. Cette écriture symétrique a fortement progressé en 2013 (+0,5 Md€) et s'élève à 14,6 Md€ en fin d'année (cf. fiche 3.3).

Jusqu'en 2011, l'avance de trésorerie du FCAATA était aussi une autre écriture symétrique consolidée pour la branche ATMP. Elle s'élevait à 75 M€ en 2011. Mais l'intégration du FCAATA à la branche ATMP ne nécessite plus cette neutralisation. En revanche elle entraîne une hausse des transferts intra-branches consolidés (cf. encadré).

Les transferts internes au régime général

Cette neutralisation consiste à déduire chaque transfert des dépenses de la branche qui le verse et symétriquement à le déduire des produits de la branche qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois. La prise en charge, par une branche, de prestations versées par une autre branche illustre la nécessité de cette neutralisation : si elle n'était pas opérée lors de la consolidation du régime général, les charges de celui-ci comporteraient à la fois les dépenses de prestations d'une des branches et le remboursement de ces dépenses par l'autre branche. Cette opération de neutralisation explique que les recettes et dépenses du régime général soient inférieures à la somme des recettes et des dépenses des quatre branches prises séparément.

Les transferts neutralisés au sein du régime général sont essentiellement des transferts interbranches. Seuls deux transferts effectués au sein d'une même branche sont neutralisés, selon la même logique. La CNAM prend en charge une partie des cotisations dues par les praticiens et auxiliaires médicaux qu'elle se verse à elle-même. Il en est de même pour la CNAF avec les cotisations et la CSG des employés et personnels de maison (EPM) au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (cf. encadré).

En 2013, les transferts entre branches du régime général s'élèvent à 12 Md€, en hausse de 0,4 Md€ par rapport à 2012. Cette forte hausse est principalement imputable à la hausse du transfert de la CNAF vers la CNAV, au titre de la prise en charge par la CNAF des cotisations de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), qui a crû de 8% en 2013 (+0,35 Md€).

Par ailleurs, le FSV reçoit de la CNAF un transfert au titre des majorations de pensions pour parents de trois enfants à charge, en hausse de 0,1 Md€. Le FSV redistribue ensuite cette prestation entre les différents régimes vieillesse, faisant de ce transfert une opération neutre dans son compte de résultat. La prise en charge de ces majorations de pensions dont bénéficie la CNAV (3,8 Md€) est consolidée en tant que transfert à la charge de la CNAF. Par conséquent, les charges nettes du régime général n'intègrent que la prise en charge des majorations de pension pour enfants des autres régimes de base (soit 0,8 Md€).

Enfin, la neutralisation des cotisations et de la CSG prises en charge par la CNAF pour les autres branches du régime général diminue les charges et les produits du régime général d'un montant de 1,9 Md€.

La prise en charge par la CNAM-AT pour le compte de la CNAV des départs dérogatoires en retraite pour exposition à l'amiante ou pour pénibilité ont fortement diminué entre 2012 et 2013, passant de 145 M€ à 55 M€. Cela est dû au fait que la prise en charge des départs dérogatoires pour pénibilité de 2012 suffit à couvrir la dépense comptabilisée par la CNAV en 2012 et en 2013.

Encadré • Evolution de la construction des agrégats depuis la LFSS 2013

Un certain nombre de changements ont été opérés entre la présentation faite des charges nettes et produits nets dans la LFSS pour 2013 et la présentation actuelle.

Transferts nouvellement consolidés

La CNAF prend en charge les **cotisations et la CSG** des assistantes maternelles et des personnels de garde à domicile dans le cadre du **complément de mode garde** (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Ces prises en charge reviennent par le circuit de recouvrement de ces recettes aux organismes de sécurité sociale. Cette prise en charge comprend des cotisations aux branches du régime général, de la CSG affectée au régime général mais aussi aux autres régimes de base de la branche maladie et des cotisations chômage à l'UNEDIC et des cotisations de retraite complémentaire. Suite à une recommandation de la Cour des comptes considérant cette prise en charge comme un transfert interne entre régimes de base, les produits de cotisation et de CSG perçus par le régime général et la part du CMG correspondante sont désormais consolidés. Cette consolidation conduit à neutraliser 0,3 Md€ de transfert interne à la CNAF et 1,9 Md€ de transferts entre branches du régime général.

L'intégration du FCAATA dans les comptes de la CNAM-AT à compter de 2012 modifie dans un premier temps la composition des charges nettes et produits nets : la dotation au FCAATA est remplacée par les charges de ce dernier et en produits apparaît la taxe tabacs affectée au FCAATA. Cette intégration modifie également le niveau des charges et produits nets du régime général puisque désormais les prises en charge de cotisations vieillesse des préretraités et les prises en charges des départs dérogatoires pour exposition à l'amiante sont consolidés.

La création du fonds d'intervention régionale (FIR) combiné dans les comptes de la CNAM a eu pour conséquence d'augmenter les charges de la CNAM au titre de prestations auparavant versées par les autres régimes maladie. En contrepartie, la CNAM reçoit un transfert des autres régimes en guise de remboursement. Il en résulte une augmentation des charges et des produits de la CNAM. La construction du compte net du régime général conduit à neutraliser le remboursement de la CNAM-AT à la CNAM de sa quote-part dans ces dépenses.

Autres changements

Depuis 2012, le compte de résultat de la CNAF fait apparaître des **provisions et des reprises pour prestations extralégales**. Ce changement de méthode comptable est intervenu dans les comptes 2011 avec le provisionnement par imputation directe au bilan de la CNAF de la totalité des décaissements futurs au titre des plans d'investissement en crèches 2011, ainsi que des opérations d'investissement sur fonds locaux des Caf et des subventions de fonctionnement pluriannuelles déjà conclus au 31 décembre 2011. A compter de l'exercice 2012, les engagements nouveaux pris durant l'exercice sont enregistrés en provisions, tandis que les décaissements effectués au cours de l'exercice, comptabilisés en tant que charges, sont neutralisés par une écriture symétrique en reprises sur provisions. Ce changement a un impact sur les comptes de la CNAF, puisque les décaissements au titre des engagements passés (en reprises sur provisions) sont différents des engagements futurs provisionnés. Avant ce changement, seuls les décaissements figuraient au compte de résultat.

Les charges du régime général font désormais apparaître des **frais d'assiette, de recouvrement et de dégrèvements** au titre de la taxe sur les salaires et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ces frais n'apparaissaient pas auparavant dans les comptes, qui présentaient en recettes le produit net de ces frais. Ce changement a pour effet d'augmenter de manière équivalente les charges et les produits, tant brutes que nettes. Cette modification n'a toutefois aucun impact sur le solde.

L'ensemble de ces opérations conduit à diminuer de 2,1 Md€ les dépenses et recettes du régime général et de 2,3 Md€ ceux de l'ensemble des régimes de base (cf. tableau 3).

Tableau 3 • Passage des agrégats 2012 et 2013 de la LFSS 2013 aux agrégats actualisés des nouvelles consolidations

	en milliards d'euros			
	2012		2013	
	Charges nettes	Produits nets	Charges nettes	Produits nets
Agrégats de la LFSS 2013	329,7	316,3	338,2	325,7
Augmentation des charges de la CNAM suite à la création du FIR net des remboursements de la CNAM-AT		0,13		0,43
Comptabilisation des frais d'assiette, de recouvrement et de dégrèvement		0,26		0,29
Provisions sur prestations extralégales nettes des reprises		0,09		-0,07
Intégration du FCAATA à la CNAM-AT		-0,16		-0,17
Cotisations et CSG prise en charge dans le cadre de la PAJE		-2,12		-2,17
Autres ajustements divers		-0,35		
Agrégats actualisés	327,5	314,2	336,5	324,0

Source: DSS/SD EPF/6A.

6.7 La contribution du régime général au besoin de financement des ASSO

Les comptes nationaux constituent le langage commun dans lequel s'expriment les conditions de l'équilibre des finances publiques dans leur ensemble. Ils décrivent notamment les évolutions des dépenses, des recettes et du solde des comptes des régimes de protection sociale, et mobilisent à cette fin les comptes des organismes de sécurité sociale et des fonds qui concourent à leur financement. Toutefois, les conventions comptables utilisées par la comptabilité nationale (révisées suite à la mise en place du nouveau Système Européen de Comptes (SEC 2010) publié le 15 mai 2014) diffèrent du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale. La présente fiche résume les principaux facteurs d'écart entre les soldes du régime général mesurés à partir des comptes des caisses nationales d'une part, et des comptes nationaux d'autre part.

Périmètre des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, les administrations de sécurité sociale (ASSO) constituent le sous-secteur des administrations publiques qui comprend les régimes d'assurance sociale obligatoires et les organismes dépendant de ces régimes (ODASS, principalement les hôpitaux).

Lors du passage à la base 2005, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), et le fonds de réserve pour les retraites (FRR), avaient été reclassés du secteur des administrations centrales vers celui des administrations de sécurité sociale dès leur date de création (CADES en 1996 et FRR en 1999).

- a) **Les régimes d'assurance sociale** couvrent des risques et des besoins sociaux dont la liste est publiée dans le système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC 2010, § 4.84) et qui ouvrent droit à des prestations sociales. Ils regroupent les organismes à comptabilité complète qui ont pour activité le versement de prestations sociales, dont les ressources principales sont des cotisations sociales obligatoires, et dont les administrations publiques fixent ou approuvent le taux. Figurent dans ce sous-secteur les caisses de sécurité sociale qui relèvent du code de la sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'UNEDIC (organisme paritaire privé en charge de la gestion de l'assurance chômage).

En revanche, ce sous-secteur exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs (incluant le régime des pensions civiles et militaires de l'État) ainsi que l'assistance sociale qui se distingue de l'assurance sociale par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

- le régime général de la sécurité sociale ;
 - les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des ressources propres et des versements provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, CNSA, FSV, CADES, FRR) ;
 - les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc.) ;
 - les régimes des non salariés (dont la mutualité sociale agricole – régime des exploitants agricoles) et le compte associé du FFIPSA jusqu'en 2008 ;
 - 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 publics et privés à but non lucratif anciennement financés par dotations globales et bénéficiant aujourd'hui de la tarification à l'activité (T2A), et leurs groupement de coopérations sanitaires (GCS) ;
 - Pôle emploi ;
 - l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation ;

- les œuvres sociales intégrées aux organismes de Sécurité sociale sont reclassées en ODASS et déduites du régime général.

Éléments de passage entre la comptabilité des organismes et la comptabilité nationale

Les écarts conceptuels entre le résultat comptable et la capacité de financement

De façon générale, on peut dire en référence à la comptabilité d'entreprise que *la capacité de financement* calculée par les comptes nationaux est proche de *la capacité d'autofinancement* diminuée du solde des opérations en capital¹ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment :

- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles inscrites au titre des prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soins. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestations. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissements corporels et incorporels en valeur brute ainsi que des dotations en capital (corrections au titre des opérations en capital).

La formation brute de capital fixe (investissement au sens de la comptabilité nationale) est évaluée, en comptabilité nationale, comme le solde des acquisitions nettes des cessions d'immobilisations physiques, en valeur brute. La FBCF est enregistrée dans sa totalité, au moment où la dépense (ou la recette en cas de cession) d'investissement est effectuée.

De manière symétrique, la comptabilité nationale retrace dans la capacité de financement des ASSO les subventions d'investissement pour la totalité de leur montant, au moment où elles sont versées, alors que dans les comptes des organismes de sécurité sociale, seule joue dans le résultat comptable la quote-part des subventions virée au compte de résultat.

- de ne pas reprendre les plus- ou moins-values sur cessions d'immobilisations financières, ni les gains ou pertes de change.

Dans le cas des régimes complémentaires de vieillesse des salariés comme l'AGIRC ou l'ARRCO, mais aussi de certains régimes de non salariés, ces montants, comptabilisés dans le résultat financier, peuvent influencer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

Les corrections de synthèse

A ces corrections conceptuelles viennent s'ajouter des corrections de « synthèse » susceptibles de modifier le solde de certains organismes de sécurité sociale. La comptabilité nationale fonctionne en effet selon le principe de la « partie quadruple » : toute opération du compte non financier a sa contrepartie au compte financier comme en comptabilité classique, et toute opération concernant une unité institutionnelle trouve aussi sa contrepartie exacte dans les comptes d'une autre unité. Par conséquent, tout versement d'une unité économique à une autre unité économique doit être enregistré dans le compte de chacune pour le même montant et au même moment. Cette contrainte de cohérence conduit à hiérarchiser les informations mobilisées auprès des divers organismes au cas où ces informations ne seraient pas homogènes.

¹ En comptabilité nationale, la capacité de financement intègre les dividendes versés, mais les organismes de sécurité sociale ne versent pas de dividendes. Cette égalité simplifiée est donc exacte pour les organismes de sécurité sociale.

- des règles de priorité pour enregistrer les transferts entre unités du secteur des administrations publiques

Actuellement, au sein des ASSO, les flux croisés annuels entre organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours équilibrés. Par ailleurs, les ASSO reçoivent des transferts d'autres administrations, notamment de l'État. Ces transferts doivent nécessairement être réconciliés au sein du secteur des administrations publiques. Cela nécessite, lorsqu'il n'existe pas clairement de notions de droits constatés, d'établir une hiérarchie entre sous-secteurs. Ces corrections, qui n'ont pas d'impact sur la capacité de financement des administrations publiques prises dans leur ensemble, peuvent modifier le passage du résultat comptable à la capacité de financement pour un organisme donné.

- d'autres corrections ponctuelles peuvent être apportées aux comptes

Les comptes nationaux sont contraints de respecter le principe d'enregistrement des seuls flux de l'année civile. Ce principe peut, en comptabilité privée, être exceptionnellement contourné et il arrive que les comptes d'un organisme soient établis sur une période supérieure à l'année. En comptabilité nationale, ne pas corriger ces comptes conduirait à une incohérence avec les comptes des unités contreparties (eux-mêmes établis pour une année civile). Par ailleurs, cela conduirait aussi à une perte de sens de l'indicateur de Maastricht « déficit/PIB », le dénominateur étant évalué pour l'année civile. Ce type de correction a été notamment effectué en 2008 en matière de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants qui ont compté pour cinq trimestres dans les comptes des régimes concernés.

L'adossement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

En SEC 2010 la soulte versée par le régime de retraite des industries électriques et gazières à la CNAV à l'occasion de son adossement est considérée comme une avance au titre des pensions de retraite à payer dans le futur et sa comptabilisation en tant que recette publique est étalée sur la durée de versement des pensions. Ce traitement est donc similaire à celui réalisé dans les comptes de la CNAV, contrairement à ce qui se passait en SEC 1995. Il n'y a donc plus de correction à ce titre.

Seul persiste l'enregistrement en ressource de la CNAV des intérêts et écarts d'évaluation enregistrés par le FRR sur le placement de la soulte des IEG. Ces derniers sont ensuite décrits comme réinvestis par la CNAV dans le compte financier de cette dernière.

Tableau 1 • Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement en comptabilité nationale pour le régime général et le FSV

	2010	2011	2012	2013
Résultat des organismes du régime général et du FSV	-28,03	-20,85	-17,40	-15,38
Dotations et reprises sur provisions	0,80	0,63	2,27	1,04
Opérations en capital	-0,40	-0,54	-0,52	-0,71
Plus ou moins-values (sur immobilisations financières)	-0,01	-0,01	-0,07	-0,02
Taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation (1)	0,00	0,83	-0,83	0,00
Intégration de la section II du FSV (2)	0,00	0,36	0,38	0,00
Autres Corrections de synthèse (3)	0,93	0,39	-0,16	-0,98
Intérêts reçus des IEG, versés par le FRR à la CNAV (4)	0,14	0,02	0,38	0,20
Capacité (+) ou besoin (-) de financement du régime général et du FSV	-26,59	-19,16	-15,96	-15,85
Capacité (+) ou besoin (-) de financement des autres régimes	5,06	8,61	5,31	5,22
Capacité (+) ou besoin (-) de financement des ODASS	-1,69	-2,32	-2,14	-1,82
Capacité (+) ou besoin (-) de financement des ASSO	-23,22	-12,87	-12,79	-12,45

Source : DDGFIP/CE-1C

Note de lecture :

- (1) La taxe sur les réserves de capitalisation dont a bénéficié la CNAF (1 668 M€) a été comptabilisée entièrement en 2011 en comptabilité nationale. Dans la comptabilité de la CNAF cette taxe a été comptabilisée sur les exercices 2011 et 2012 pour des montants identiques (834 M€ chaque année).
- (2) Dans la comptabilité du FSV, en 2011 et 2012, les montants correspondant à la section II du FSV ont été comptabilisés au bilan en tant que produits constatés d'avance, sans intégration dans le compte de résultat. En comptabilité nationale ils sont intégrés en dépenses et recettes.
- (3) Cette ligne regroupe les corrections liées à la mise en cohérence des flux entre administrations publiques, et à l'application des règles de priorités indiquées ci-dessus.
- (4) Les intérêts et écarts d'évaluation sur le placement de la soulte des IEG, réalisés par le FRR, et pour la quote-part attribué à la CNAV, sont traduits en comptabilité nationale comme effectivement versés (voir ci-dessus). Ils n'apparaissent pas dans la comptabilité de la CNAV. Ils apparaissent bien dans la comptabilité du FRR.

Encadré 1 • Le passage au SEC2010 et son impact sur les comptes des ASSO.

Le SEC 2010 modifie le traitement des soultes versées par des entreprises publiques aux APU lorsqu'elles leur transfèrent leurs engagements vis-à-vis de leurs salariés en matière de retraite. Plusieurs versements de soulte ont eu lieu en France depuis 1997 (soultes France-Telecom, EDF-GDF et La Poste).

En SEC 1995 ces soultes étaient enregistrées comme des transferts en capital reçus par les administrations publiques l'année de leur versement et donc intégralement comptabilisées en recette publique l'année du versement.

En SEC 2010, le versement de la soulte est une avance correspondant au préfinancement de cotisations de retraite visant à compenser la charge supplémentaire encourue par les APU du fait du transfert des engagements de retraite. Dans ce cadre, l'enregistrement des soultes ne se traduit plus par un transfert en capital l'année du versement, mais par des transferts courants étalés sur la durée de versement des pensions, débutant l'année d'encaissement de la soulte. Ainsi, en base 2010, le déficit des administrations publiques est creusé par rapport à la base 2005 les années de versement des soultes, et réduit les années suivantes sous l'effet des transferts courants nouvellement enregistrés. A titre d'exemple, le traitement en base 2010 de la soulte des industries électriques et gazières versée à la CNAV en 2005 dégrade le déficit des administrations de sécurité sociale de 7,1 Md€ en 2005 et l'améliore de 0,5 Md€ les années suivantes.

On notera également que les ratios usuels de finances publiques (déficit public, dette publique, dépenses publiques, recettes publiques, prélèvements obligatoires exprimés en points de PIB) sont affectés à la baisse par le relèvement du niveau du PIB. Le ratio déficit/PIB est ainsi amoindri de 0,3 point en 2010, à 6,8 % au lieu de 7,1 % précédemment. Cela étant, le ratio déficit/PIB est revu à la hausse certaines années car l'effet du nouveau traitement des soultes varie d'une année sur l'autre.

Après une diminution du déficit en 2013, la situation financière du fonds se dégraderait en 2014

Après s'être dégradé en 2012, le solde du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est amélioré de près de 1,3 Md€ en 2013 pour atteindre -2,9 Md€. En 2014, le déficit du fonds s'accroîtrait de près de 700 M€ et atteindrait 3,5 Md€ (cf. tableau 1).

La réduction du déficit du FSV en 2013 est principalement imputable à la progression des produits : la hausse du taux du forfait social, l'augmentation de la part de la CSG attribuée au FSV (cf. encadré 1) et une affectation plus importante de CSSS au fonds ont plus que compensé la hausse des prises en charge de cotisations au titre du chômage consécutive à la dégradation de la conjoncture économique. En 2014, les produits du FSV seraient stables. En conséquence, la situation financière du fonds se dégraderait compte tenu de la poursuite de la hausse des transferts au titre des cotisations chômage.

Les prises en charge de cotisations progresseraient rapidement en 2013 et 2014

Les prises en charge de cotisations représentent 62% des charges nettes du fonds en 2013 avec 12,2 Md€ de cotisations financées, dont 10,7 Md€ au seul titre du chômage.

Les cotisations prises en charge au titre du chômage ont crû fortement en 2013 (+7,4%), reflétant une situation macroéconomique défavorable. Ce dynamisme s'explique par une augmentation des effectifs de chômeurs (+5,5%)¹ et de la cotisation forfaitaire (2,3%)². Étant donné le poids de ces dépenses, elles expliquent la quasi-totalité de la croissance des charges nettes (4,2 points, sur une progression globale de 4,5%). En 2014, les prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage poursuivraient leur forte progression (+5,5%) : l'augmentation du nombre de chômeurs pris en compte (+2,1%, soit 79 000 chômeurs supplémentaires par rapport à 2013) conjuguée à la hausse de la cotisation forfaitaire (+3,5%) porterait la dépense à 11,3 Md€.

Le périmètre des prises en charge du FSV a été élargi le 1^{er} juillet 2010 aux périodes de maladie, d'invalidité et AT-MP au bénéfice du régime général et des régimes alignés (cf. encadré 1). En progressant à un rythme de 4,3% en 2013, ces prises en charge ont contribué pour 0,3 point à la croissance des dépenses nettes du FSV. En 2014, elles devraient progresser au même rythme que la cotisation forfaitaire, soit 3,5%, contribuant ainsi pour 0,3 point à l'augmentation des charges nettes. Il est enfin à noter que, à compter de 2014, le FSV prend à sa charge les cotisations au titre des apprentis au bénéfice de la CNAV, pour un coût évalué à 18 M€.

Des prises en charge de prestations stables en 2013 comme en 2014

Les prises en charge de prestations (7,1 Md€ de dépenses) ont représenté 36% du total des charges nettes du fonds en 2013. Elles sont stables en 2013 et devraient le demeurer en 2014.

Depuis 2011, les majorations de pensions de retraite versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants sont intégralement prises en charge par la CNAF et ne pèsent donc plus sur le solde du fonds.

¹ Les effectifs de chômeurs correspondent à l'ensemble des chômeurs indemnisés issus du régime général et du régime des salariés agricoles (uniquement en France métropolitaine pour le régime agricole) et à 29% des effectifs de chômeurs non indemnisés.

² L'évolution de la cotisation forfaitaire est déterminée par l'évolution en moyenne annuelle du SMIC horaire et l'évolution des taux de cotisation retraite du régime général. En 2013, elle augmente de 2,3% compte tenu d'une augmentation de 1,3% du SMIC en moyenne annuelle et de la hausse de 0,2 point du taux de cotisation (au 1^{er} novembre 2012 dans le cadre du décret du 2 juillet 2012) jouant en année pleine. En 2014, avec une revalorisation de 1,06% du SMIC au 1^{er} janvier 2014 et compte tenu de la hausse du taux de cotisations prévue par la LFSS 2014, la cotisation forfaitaire progresserait de 3,5%.

Encadré 1 • Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget ; il assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Les **charges** du FSV sont principalement :

- des prises en charge de cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse. Les périodes validées gratuitement et prises en charge par le FSV correspondent au chômage, au service national légal, aux indemnités journalières et périodes d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2010 et aux périodes d'apprentissage à partir de 2014. Depuis 2001, des cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État font également l'objet de prises en charge de cotisations;
- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse, des majorations de pension pour enfants et conjoint à charge et d'une partie du minimum contributif à compter de 2011. Ce dernier, étant un dispositif de solidarité, il a paru justifié de le faire entrer dans le périmètre des missions du FSV.

Les **produits** du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG (0,892 point en 2014, 0,886 point en 2013 et 0,85 point entre 2009 et 2012) ;
- du reliquat du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés après affectation d'une part fixe à la branche maladie du régime des exploitants agricoles et au régime complémentaire du régime social des indépendants (RSI), et du financement du besoin de financement des régimes de base du RSI ;
- d'une partie du produit du prélèvement social sur les revenus du capital jusqu'en 2013 : 0,1 point depuis 2009 et 0,4 point avant ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (fixé à 60% des charges depuis 2003, ce taux a été porté à 70% en 2009, 85% en 2010, puis 100% à compter de 2011 conformément à la LFSS pour 2009) ;
- de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (retraites supplémentaires) ;
- de nouvelles recettes affectées en 2011 afin de compenser les prises en charge de prestations au titre du minimum contributif : une fraction de la taxe sur les salaires, la CSSS additionnelle, une partie du forfait social, une fraction de la redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS), la contribution des employeurs au PERCO et de nouvelles dispositions relatives à l'assujettissement des retraites supplémentaires.

Tableau 1 • Les comptes du FSV

	en millions d'euros						
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%
CHARGES NETTES	17 523	18 835	7,5	19 690	4,5	20 359	3,4
TRANSFERTS NETS	17 377	18 693	7,6	19 540	4,5	20 208	3,4
Transferts des régimes de base avec les fonds	17 106	18 454	7,9	19 262	4,4	19 916	3,4
Prises en charge de cotisations	10 516	11 403	8,4	12 207	7,1	12 870	5,4
Au titre du service national	23	24	4,2	26	6,7	26	3,5
Au titre du chômage	9 189	10 006	8,9	10 749	7,4	11 342	5,5
Au titre de la maladie	1 304	1 373	5,3	1 433	4,3	1 483	3,5
Autres	0	0	-	0	-	18	-
Prises en charge de prestations	6 590	7 051	7,0	7 054	0,0	7 046	-0,1
Au titre du minimum vieillesse	3 030	3 097	2,2	3 106	0,3	3 101	-0,2
Majoration pour conjoint à charge	60	54	-10,1	49	-10,0	46	-6,0
Au titre du minimum contributif	3 500	3 900	11,4	3 900	0,0	3 900	0,0
Transferts avec les régimes complémentaires (au titre du chômage)	271	239	-11,9	278	16,2	292	5,1
AUTRES CHARGES NETTES	146	141	-3,2	150	6,4	151	0,4
Frais d'assiette et de recouvrement (FAR) et dégrèvements	88	84	-4,7	94	12,0	94	0,0
Autres	58	57	-0,8	56	-1,9	57	1,0
PRODUITS NETS	14 074	14 697	4,4	16 835	14,5	16 821	-0,1
CONTRIBUTIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	14 050	14 687	4,5	16 834	14,6	16 823	-0,1
CSG et autres contributions	10 326	11 366	10,1	12 687	11,6	12 090	-4,7
CSG nette	9 646	10 064	4,3	10 598	5,3	10 981	3,6
CSG reprises nettes et ANV CSG	-39	-91	-	-63	-	-70	-
Contributions sociales diverses	681	1 302	++	2 088	++	1 109	-46,9
Forfait social	458	936	++	1 737	++	801	--
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	95	224	++	271	20,9	295	9,0
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	50	55	9,1	51	-6,7	0	--
Prélèvement social sur les revenus des placements	67	77	15,0	17	--	0	--
Autres cotisations et contributions sociales diverses	10	11	11,0	13	17,2	13	0,0
Impôts et taxes	3 724	3 321	-10,8	4 148	24,9	4 733	14,1
C.S.S.S. nette	617	291	--	938	++	1 114	18,8
C.S.S.S. reprises nettes et ANV	-356	-64	-	-39	-	-55	-
Contribution additionnelle à la CSSS nette	1 001	1 030	2,9	1 047	1,6	1 062	1,5
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	138	-18	--	50	--	50	0,5
Taxe sur les salaires	1 968	2 019	2,6	2 114	4,7	2 507	18,6
AUTRES PRODUITS NETS	23	10	--	0	--	-2	--
RÉSULTAT NET	-3 450	-4 138		-2 855		-3 538	

Source : DSS/SDEPF/6A

Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse sont structurellement peu dynamiques en raison d'une baisse tendancielle des effectifs de bénéficiaires due à une hausse du niveau des pensions contributives. Elles ont stagné en 2013 à 3,1 Md€ et devraient se maintenir à ce niveau en 2014.

Après une forte augmentation en 2013, les recettes devraient très légèrement diminuer en 2014

La CSG perçue par le FSV, 10,6 Md€ en 2013, constitue près des deux tiers des recettes totales du fonds. Elle a crû de 5,3% en 2013 et a contribué pour 3,6 points à la progression des produits nets du fonds. Cette hausse s'explique par l'augmentation de la part de la CSG affectée au FSV : 0,036 point de CSG ont été en effet transférés en 2013 de la CNSA au FSV, pour un montant de 0,4 Md€, afin de restituer à ce dernier l'équivalent du rendement, en 2013, de la contribution additionnelle de solidarité et d'autonomie nouvellement créée par la LFSS 2013 au profit de la CNSA. Ce transfert, reconduit pour l'exercice 2014, combiné à l'augmentation des produits de CSG (cf. fiche 2.4) expliquerait l'augmentation de 3,6% de la CSG nette en 2014, qui atteindrait 11,0 Md€.

Par ailleurs, la hausse des prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants, décidée en LFSS pour 2013, a réduit le besoin de financement du RSI et augmente de 650 M€ le montant de CSSS affecté au FSV en 2013. Ce surcroît explique 4,4 point de la croissance des produits nets. En 2014, malgré l'augmentation du besoin de financement du RSI, la CSSS nette continuerait de croître rapidement (+18,8%) grâce à un produit exceptionnel de 0,8 Md€ issu des réserves de CSSS. Ces réserves correspondent aux produits de CSSS non affectés par le passé.

En 2013, le principal facteur de croissance des produits nets est le forfait social (+5,5 points). Le passage de 8% à 20% du taux de cette contribution, décidé en LFR d'août 2012, représente un surcroît de recettes de 0,8 Md€. Le transfert d'une fraction de cette taxe à la CNAV, décidé en LFSS 2014, est le principal facteur de diminution des produits nets.

Le dynamisme de la taxe sur les salaires (+4,7%) a également participé à la croissance des produits en 2013. La hausse de la part de cette recette affectée au FSV (19% en 2014 contre 16,1% en 2013), décidée dans le cadre de la LFSS 2014, contribuerait à hauteur de +2,3 point à la croissance des recettes du FSV (avec une hausse de 0,4 Md€). Cette progression ne permettrait toutefois pas de combler la perte sur le forfait social.

La contribution additionnelle à la CSSS est une recette importante du fonds puisqu'elle s'élève à près de 1,0 Md€ en 2013. Cette recette peu dynamique contribuerait très faiblement à la croissance des produits nets en 2014.

Enfin, les contributions sur avantages de retraite et de préretraite, bien que marginales comme recettes (0,3 Md€), ont fortement augmenté en 2013 suite au doublement des prélèvements sur les retraites supplémentaires (LFR d'août 2012).

Tableau 2 • Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets du FSV

	<i>En points</i>		
	2012	2013	2014 (p)
Charges nettes	7,5	4,5	3,4
Prises en charge de cotisations chômage	4,5	4,2	3,1
Prises en charge de cotisations maladie	0,4	0,3	0,3
Autres prises en charge de cotisations	0,0	0,0	0,1
Prises en charge de prestations du minimum vieillesse	0,4	0,0	0,0
Prises en charge de prestations des majorations de pensions (net du transfert de la CNAF)	0,0	0,0	0,0
Prises en charge de prestations du minimum contributif	2,3	0,0	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0
Produits nets	4,4	14,5	-0,1
CSG nette	3,0	3,6	2,3
C.S.S.S. nette	-2,3	4,4	1,0
Forfait social	3,4	5,5	-5,6
Contribution sur retraites supplémentaires	0,9	0,3	0,1
Contribution additionnelle sur la CSSS nette	0,2	0,1	0,1
Taxe sur les salaires	0,4	0,6	2,3
Autres produits nets	-1,1	0,0	-0,4

Source : DSS/SDEPF/6A

Encadré 2 • Les écarts à la LFSS pour 2014

Le déficit du FSV s'est élevé en 2013 à 2,86 Md€, en légère dégradation (de 0,11 Md€) par rapport à la prévision faite en LFSS pour 2014. Les prises en charge de cotisations ont été moins élevées qu'anticipé (+0,05 Md€ dont +0,09 Md€ au titre du chômage et -0,04 Md€ au titre de la maladie) Les recettes sont également un peu moins élevées que prévu. Les pertes sont concentrées sur les recettes fiscales hors CSG activité et hors CSSS (-0,19 Md€). La moins-value serait liée à une révision à la baisse des produits du forfait social (-0,1 Md€) et des produits issus des prélèvements sur les revenus de capitaux (-0,06 Md€).

En 2014, le solde serait plus dégradé qu'en LFSS, de l'ordre de 0,15 Md€. La révision à la baisse des prises en charge de cotisations (0,12 Md€) tient surtout à une révision à la baisse des prises en charge de cotisations chômage (0,15 Md€). Ces moindres dépenses ne suffiraient pas à compenser la baisse des recettes fiscales hors CSG activité (-0,31 Md€). Celle-ci s'explique par de moindres produits de CSSS (-0,16 Md€) lié à une réévaluation à la hausse du besoin de financement du RSI et de moindres produits assis sur les revenus du capital (-0,1 Md€).

Effet sur le solde	<i>en milliards d'euros</i>	
	2013	2014 (p)
Solde LFSS 2014	-2,74	-3,39
Ajustements sur les charges	0,05	0,13
Prises en charge de cotisations	0,05	0,12
Prises en charge de prestations : minimum vieillesse	-0,01	0,01
Prises en charge de prestations : majorations	0,00	0,00
Autres charges nettes	0,00	0,00
Ajustements sur les produits	-0,16	-0,27
CSG activité	0,00	0,04
CSSS	0,02	-0,16
Autres ITAF et contributions	-0,19	-0,15
Autres produits nets	0,01	0,00
Solde technique	-2,86	-3,54
Ecart à la prévision LFSS	-0,11	-0,15

Source : DSS/SDEPF/6A

6.9 Les comptes du FRR

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020.

Dans le contexte du transfert à la CADES, dans la limite globale de 62 Md€, des déficits de la CNAV et du FSV sur la période 2011-2018, la LFSS pour 2011 a prévu la mobilisation du fonds : d'une part, le produit de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, initialement affecté au FRR, a été réaffecté à la CADES à compter de 2011 ; d'autre part, le FRR effectue des versements annuels à la CADES – depuis 2011 et jusqu'en 2024 – à hauteur de 2,1 Md€ au titre de la réalisation progressive de ses actifs.

En outre, et ce depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer pour le compte de la CNAV, jusqu'en 2020, 40% de la soulte versée au régime général par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en contrepartie de son adossement.

Au 31 décembre 2013, la valeur des actifs du FRR était de 36,3 Md€

Au 31 décembre 2013, après le troisième décaissement de 2,1 Md€ intervenu en faveur de la CADES, la valeur de marché des actifs du FRR s'établit à 36,3 Md€, dont 4,1 Md€ correspondent à la soulte des industries électriques et gazières. La valeur des actifs du fonds était de 36,6 Md€ un an auparavant (cf. tableau 1). Malgré le décaissement de 2,1 Md€ au profit de la CADES, la baisse de l'actif net demeure très limitée (0,3 Md€) en raison des bonnes performances constatées dans la poche dite « de performance ». La poche dite de « couverture » est quant à elle principalement constituée d'obligations à terme (OAT à taux fixe) dont le rendement évolue en sens inverse des taux. Dans un contexte de taux très bas en 2013, la performance de ces actifs de couverture est ainsi quasi nulle en raison des anticipations par les investisseurs d'une remontée des taux. L'augmentation de l'actif net corrigée du décaissement s'élève ainsi à 1,8 Md€ en 2013.

Le ratio de financement du FRR, qui est calculé en rapportant la valeur de marché de ses actifs à la valeur actualisée de son passif et traduit la capacité du fonds à honorer ses engagements vis-à-vis de la CADES et de la CNAV au titre de la soulte IEG, s'établissait à 144% au 31 décembre 2013. L'actif net du FRR permettrait ainsi de payer 1,44 fois le passif.

En 2013, la performance du FRR atteint 5,03%

Pour répondre à ses engagements vis-à-vis de la CADES, le fonds a mis en œuvre, depuis décembre 2010, une politique d'investissement fondée sur une nouvelle allocation stratégique. Le portefeuille est structuré en une poche dite « de couverture », composée d'actifs obligataires, organisant un adossement partiel au passif, et une poche dite « de performance » regroupant des actifs diversifiés visant un surcroît de rendement.

Le portefeuille au 31 décembre 2013 se composait, pour 43,8%, d'actifs de performance, dont 75% sont des actions, et pour 56,2%, d'actifs obligataires de couverture, dont près de 60% sont des titres d'émetteurs souverains. La performance de 12,7% de la poche de performance, plus forte qu'en 2012 où elle était de 12,3%, confirme l'importance de ces actifs afin d'accroître le rendement du portefeuille. Elle permet au fonds d'enregistrer une performance globale positive de 5,03% en 2013, contre 10,5% en 2012. La poche de couverture connaît quant à elle une performance quasi-nulle à 0,1% cette année. Alors qu'en 2011 et 2012, dans un contexte d'aversion au risque, les investisseurs s'orientaient vers des placements de qualité, en 2013 la remontée des taux longs ainsi que les faibles perspectives de nouvelles baisses de taux fragilisent les actifs obligataires (cf. supra).

Dans ces conditions, la performance globale en moyenne annuelle du fonds depuis sa création s'élève à 3,7%, en légère hausse par rapport à celle constatée à fin 2012 (3,5%).

Le résultat financier du FRR s'établit à environ 2,0 Md€ en 2013

En 2013, le FRR a dégagé un résultat financier de 1 952 M€, après 1 349 M€ en 2012 (cf. tableau 2).

Cette hausse est notamment due au résultat positif de 607 M€ sur les cessions des valeurs mobilières grâce à la progression de l'ensemble des classes d'actifs du portefeuille, à l'exception des actifs émergents. Les plus et moins-values enregistrées résultent principalement du rythme de renouvellement des mandats, en application du code des marchés publics, qui a conduit à l'échéance de 5 mandats cette année, tandis que 12 nouveaux mandats ont été activés.

Les opérations de change, qui permettent au FRR, conformément aux dispositions de son allocation stratégique, de couvrir au moins 94% de son portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation, ont dégagé cette année un bénéfice de 476 M€ (contrairement à l'année dernière où une perte de 311 M€ était enregistrée par le fonds), traduisant l'augmentation de l'euro face au dollar et au yen au cours de l'année 2013.

Les revenus de valeurs mobilières de placement sont, pour leur part, positifs ; le fonds enregistre une légère hausse des gains à 895 M€ en 2013 (contre 878 M€ en 2012).

Enfin, grâce à des moindres pertes, les instruments financiers à terme du FRR ont également enregistré des gains de 214 M€, contre 64 M€ en 2012. Ce type de produits apporte au fonds la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs, en lui permettant d'ajuster les parts respectives des grandes catégories d'actifs (actions, obligations) plus rapidement qu'en modifiant les portefeuilles physiques. En 2013, ces instruments ont été mobilisés afin d'ajuster le portefeuille en fonction des fluctuations des marchés.

Tableau 1 • Valeur de marché de l'actif du FRR au 31 décembre et performance annuelle des placements

	2011	2012	2013
Actifs du FRR au 31/12	35,1 Md€	36,6 Md€	36,3 Md€
dont soulte IEG	3,5 Md€	3,8 Md€	4,06 Md€
Performance annuelle des placements	0,37%	10,50%	5,03%

Source : DSS/FRR

Tableau 2 • Résultat du FRR depuis 2011

	en millions d'euros		
	2011	2012	2013
RESULTAT DE L'EXERCICE	321	1 271	1 861
Résultat financier	369	1 349	1 952
dont cessions de valeurs mobilières	-379	922	607
Gains	1 360	1 242	879
Pertes	-1 739	-320	-272
dont revenus de valeurs mobilières	938	878	895
dont change	-229	-311	476
Gains	893	429	776
Pertes	-1 122	-740	-301
dont instruments financiers	71	64	214
Gains	595	582	484
Pertes	-524	-517	-270
dont solde sur autres opérations financières	-31	-205	-239
Frais de fonctionnement	-52	-78	-92
dont commissions de gestion	-30	-55	-70
Résultat exceptionnel	4	0	0

Source : DSS/FRR

Note de lecture : Le résultat présenté ci-dessus ne prend en compte que les gains et pertes effectivement réalisés sur les cessions de titres. Ils n'intègrent donc pas les plus ou moins values latentes.

6.10 Les comptes de la CNSA

Malgré une sous-consommation de l'objectif global des dépenses (OGD) en 2013, la CNSA reste déficitaire

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, cf. encadré 1) a été déficitaire en 2013 à hauteur de 11 M€, après un déficit de 22 M€ en 2012. Au sein des produits et charges nets, les transferts entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie sont déterminants.

Les **charges nettes** se sont montées à 20,9 Md€, en hausse de 3,5% par rapport à 2012. Les versements aux régimes d'assurance maladie au titre des prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux représentent 18,2 Md€, soit 87 % des charges nettes. Ces dépenses sont financées en majorité (94%) par les régimes d'assurance maladie, qui ont versé près de 17,1 Md€ au titre de l'ONDAM médico-social (cf. encadré 2). Le complément, soit 1037 M€, est financé par les ressources propres de la CNSA. Les dépenses ont été inférieures de l'ordre de 100 M€ à celles qui avaient été fixées dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD)¹ d'un montant de 18,3 Md€. Cet écart entre les crédits délégués à la CNSA et les dépenses effectivement réalisées provient d'une sous-consommation sur le secteur des personnes âgées (156 M€), et d'une surconsommation sur celui des personnes handicapées (+55 M€).

Le financement par la CNSA des plans d'aide à l'investissement des établissements (137,4 M€) a continué de progresser en 2013 (+36 M€ par rapport à 2012). Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH, et du fonctionnement des MDPH ont crû de 3,1%, s'établissant à 2,3 Md€. Ces concours se répartissent comme suit : 74% ont été versés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 1,7 Md€ ; 0,5 Md€ pour la prestation de compensation du handicap (PCH) et 60 M€ pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'année 2013 a été marquée par le financement de 188 maisons pour l'accueil et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA) dont 50 nouvelles pour un montant de 46,7 M€.

Les **produits nets** de la CNSA se sont élevés à 20,9 Md€ en 2013, en hausse de 3,5% par rapport à 2012. La recette principale de la CNSA est constituée de la contribution des régimes d'assurance maladie (82% des produits nets), qui correspond à l'ONDAM médico-social voté en LFSS. Hormis cette contribution, la CNSA dispose aussi de recettes propres, à savoir la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), un prélèvement de 0,064 point de CSG et à compter de 2013, la contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA), assise sur les revenus de remplacement. La LFSS pour 2013, a en effet instauré cette dernière contribution afin de financer la réforme de la dépendance. Dans l'attente de la mise en œuvre de cette réforme, le surcroît de financement dont bénéficie la CNSA a été neutralisé par une diminution à due concurrence de la CSG qui lui été attribuée et dont le produit a été transféré au FSV. L'agrégat composé de ces trois contributions a augmenté de 2,3% en 2013, comme en 2012 (cf. fiche 2.1).

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 (cf. encadré 1).

Encadré 1 • Présentation générale de la CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui assure notamment, depuis le 1er janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux – accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées – financés par l'assurance maladie. La CNSA répartit également des concours financiers nationaux entre les départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) et finance une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales. Elle assure aussi un rôle d'expertise sur les questions liées à l'évaluation et à la prise en charge de la perte d'autonomie et anime, avec les conseils généraux qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

Depuis 2006, l'ensemble des dépenses médico-sociales est intégré dans les comptes de la CNSA via des dotations ONDAM de la sécurité sociale¹ : chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA. Il est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA.

Encadré 2 • Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

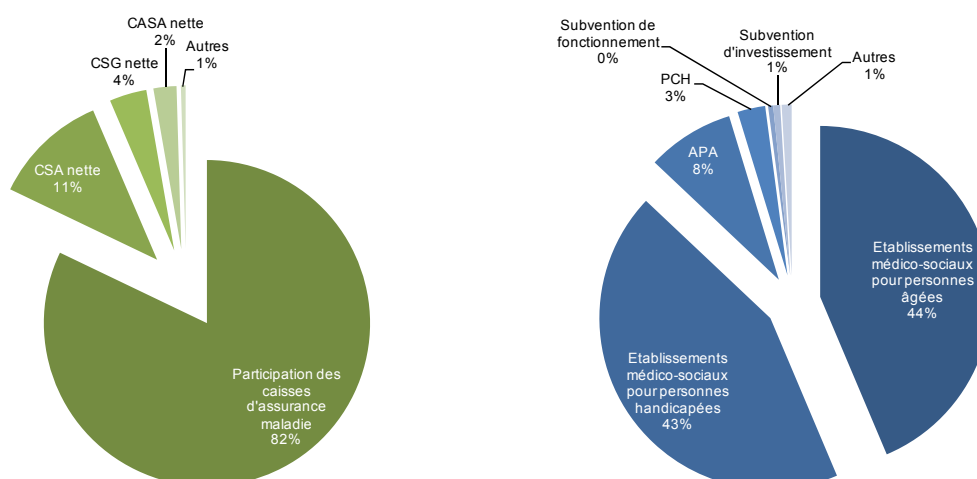
Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et son montant correspond à la somme de deux éléments :

1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité. Ce montant peut s'écarter de celui des sous-objectifs relatifs aux dépenses pour personnes âgées et pour personnes handicapées voté dans la loi de financement : des opérations dites de « fongibilité » intervenant après le vote de la LFSS conduisent en effet à prendre en compte des transferts de dépenses internes à l'ONDAM liés à des changements de statut de certaines structures. Par exemple, des établissements de santé se transformant en EHPAD conduisent à revoir à la hausse le besoin de financement pour les personnes âgées tandis que les dépenses hospitalières sont minorées d'autant ;

2° une part (52%) 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 1 • Répartition des produits et charges nets de la CNSA en 2013



Source: DSS/SDEPF/6A

¹ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

La CNSA resterait déficitaire en 2014, mais son résultat cumulé demeurerait positif

La prévision du solde 2014 de la CNSA est établi sous l'hypothèse des mises en réserves supplémentaires de 43 M€ sur l'OGD PA, qui se traduit par une baisse du financement des régimes maladie sans affecter le solde de la CNSA. L'OGD PA serait ainsi ramener à 9,5 Md€ et l'OGD PH resterait de 9,3 Md€.

En 2014, les **charges nettes** de la CNSA augmenteraient de 3,6% par rapport à 2013. La composante financée par l'ONDAM médico-social représenterait 17,6 Md€. L'apport de la CNSA s'élèverait ainsi à 1,2 Md€. La CNSA financerait les plans d'aide à l'investissement à hauteur de 80 M€. Les concours aux départements dédiés essentiellement aux dépenses d'APA et PCH devraient s'accroître de 1,6%. Dans le cadre du plan Alzheimer, la CNSA continuerait à financer, à hauteur de 57 M€, 238 maisons pour accueil et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA). Par ailleurs, il y aurait une forte hausse des autres subventions à hauteur de 130 M€¹.

Les **produits nets** de la CNSA augmenteraient de 2,9% en 2014. Les recettes propres de la CNSA s'élèveraient à 3,8 Md€, soit une hausse de 4,3%, une évolution sensiblement supérieure à celle de 2013 (+2,3%). La hausse des produits nets de la CASA ferait plus que compenser la baisse des produits de CSG nette. Par ailleurs, les produits nets de la CSA augmenteraient de 1,8%.

Sous ces hypothèses, le solde comptable de la CNSA serait déficitaire de 163 M€, mais le résultat cumulé resterait positif pour s'établir à 275 M€.

¹ Cette augmentation est essentiellement attribuable aux charges prévisionnelles "animation, prévention, études" sur exercices antérieurs.

Tableau 1 • Evolution des charges et des produits nets de la CNSA

	En millions d'euros							
	2011	2012	%	2013	%	2014 (p)	%	
CHARGES NETTES	19 181,9	20 162,5	5,1	20 865,8	3,5	21 612,9	3,6	
Charges techniques nettes	19 167,9	19 953,0	4,1	20 775,5	4,1	21 565,3	3,8	
Prestations extralégales nettes	110,4	184,1	++	238,2	29,4	346,1	45,3	
Subvention fonctionnement nette	81,7	82,7	1,2	100,8	21,9	265,9	++	
Dont Dépense modernisation, professionnalisation et formation	63,1	47,2	-25,2	39,4	-16,4	74,8	++	
Plan ALZHEIMER (financement des MAIA)	12,6	27,6	++	46,7	++	57,1	22,5	
Subvention d'investissement nette	28,7	101,4	++	137,4	35,5	80,2	-41,6	
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées*	30,1	66,4	++	96,1	44,7	7,0	--	
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées*	-1,4	35,0	--	41,3	18,0	63,2	++	
Transferts entre organismes	16 785,4	17 455,5	4,0	18 161,1	4,0	18 791,1	3,5	
Prise en charge de prestations par la CNSA (OGD)	16 779,3	17 455,4	4,0	18 161,1	4,0	18 791,0	3,5	
OGD - Personnes âgées	8 301,5	8 736,0	5,2	9 104,8	4,2	9 467,9	4,0	
Financement CNSA	714,5	691,0	-3,3	716,3	3,7	902,0	25,9	
Financement ONDAM	7 587,0	8 045,0	6,0	8 388,5	4,3	8 565,9	2,1	
OGD - Personnes handicapées	8 477,8	8 719,3	2,8	9 056,2	3,9	9 323,1	2,9	
Financement CNSA	225,8	275,3	21,9	320,3	16,3	299,4	-6,5	
Financement ONDAM	8 252,0	8 444,0	2,3	8 735,9	3,5	9 023,7	3,3	
Autres prises en charge (AEEH et allocation de soutien familial)	6,1	0,2	--	0,0	--	0,1	++	
Subventions nettes aux fonds et organismes	2 248,9	2 290,3	1,8	2 360,2	3,1	2 403,6	1,8	
Concours versés aux départements	2 221,3	2 261,1	1,8	2 330,6	3,1	2 368,3	1,6	
APA	1 632,1	1 656,4	1,5	1 722,0	4,0	1 748,0	1,5	
PCH	529,3	545,0	3,0	548,6	0,7	556,3	1,4	
MDPH	59,9	59,8	-0,1	60,0	0,3	64,0	6,7	
Autres financements (GEM, ANESM, ANAP, ATIH)	27,7	29,1	5,2	29,6	1,7	35,3	19,2	
Frais de gestion sur les recouvrements	23,1	23,1	-0,2	16,0	-30,6	24,5	++	
Charges de gestion courante	14,0	14,5	3,5	15,4	5,7	17,6	14,6	
Personnel	7,9	9,0	13,7	9,1	1,2	9,9	9,1	
Fonctionnement	6,1	5,5	-9,5	6,3	13,1	7,7	22,6	
Charges exceptionnelles	0,0	195,0		75,0	--	30,0	--	
PRODUITS NETS	19 405,1	20 140,8	3,8	20 854,6	3,5	21 450,3	2,9	
Cotisation, impôts et produits affectés nets	3 472,6	3 552,1	2,3	3 632,2	2,3	3 788,8	4,3	
CSA nette	2 320,6	2 371,4	2,2	2 387,2	0,7	2 431,2	1,8	
CSA brute	2 340,0	2 394,5	2,3	2 407,4	0,5	2 455,2	2,0	
Atténuation de recettes	19,4	23,1	19,1	20,1	-12,9	24,0	19,2	
CSG nette	1 152,0	1 180,7	2,5	770,3	-34,8	709,2	-7,9	
CSG brute	1 158,6	1 190,9	2,8	776,4	-34,8	715,6	-7,8	
Atténuation de recettes	6,6	10,2	++	6,1	-39,7	6,4	4,5	
CASA nette				474,7	-	648,4	36,6	
CASA Brute				478,5	-	654,1	36,7	
Atténuation de recettes				3,8	-	5,7	49,8	
Dotation ONDAM	15 839,0	16 489,6	4,1	17 124,6	3,9	17 589,6	2,7	
Contribution des régimes Vieillesse	67,6	69,0	2,1	70,0	1,4	70,9	1,3	
Contribution de l'Etat au fonds d'aide à domicile	0,0	25,0		25,0	0,0	0,0		
Produits financiers	10,8	3,6	--	1,6	--	1,0	-37,5	
Produits exceptionnels	15,1	1,5	--	1,2	-25,0	0,0		
RESULTAT NET	223,2	-21,7		-11,3		-162,6		
Résultat cumulé	470,6	448,8		437,6		274,9		

Les montants présentés sont nets des reprises sur provisions. Ainsi, la dépense apparaît l'année où la provision est constituée. En revanche, les dépenses versées dans l'année, mais déjà provisionnées, sont consolidées.

Source: DSS/SDEPF/6A

6.11 Les comptes de la CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin d'amortir sur une durée limitée, grâce à des ressources dédiées, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi.

La date de son extinction, qui s'établit d'après les estimations de la caisse à 2024, fait l'objet, de façon tout à fait spécifique, d'une garantie de rang organique en application de l'article 4 bis introduit à l'occasion de la réforme de 2005 dans l'ordonnance précitée. Chaque transfert de dette doit ainsi être accompagné d'un transfert de ressources permettant de ne pas repousser l'horizon d'amortissement de la dette sociale. La réforme organique de 2010 a durci cette règle de fond en prévoyant que les ressources mobilisées doivent être assises sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables (personnes physiques).

Au 31 décembre 2014, le montant global des reprises opérées par la CADES depuis sa création atteindra près de 227 Md€. A cette date, la Caisse devrait avoir amorti 97 Md€, soit 43 % de la dette reprise. Il lui resterait ainsi 130 Md€ à rembourser (soit l'équivalent de 6,3 points de PIB).

En 2013, la CADES a repris 10 Md€ de dette et en a amorti 12,4 Md€

La LFSS pour 2011 a organisé le transfert, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la CNAV et du FSV, dans la limite de 10 Md€ par an et de 62 Md€ au total.

L'année 2013 a ainsi été marquée par un transfert de dette à la CADES de 7,7 Md€ en application du décret du 7 juin 2013. Ceux-ci correspondent aux déficits définitifs pour 2012 de la branche vieillesse du régime général et du FSV (8,9 Md€), diminués de 1,2 Md€ au titre de la régularisation effectuée en faveur de la CADES sur les versements opérés en 2011 et 2012 au titre de l'exercice 2011. En conséquence, le montant des dettes reprises par la CADES à la fin de l'année 2013 s'élevait à 217 Md€.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 15,8 Md€ pour l'année 2013, ce qui lui a permis d'amortir 12,4 Md€ de dette, en conformité avec l'objectif fixé en LFSS pour 2013.

A fin 2013, la dette amortie par la CADES depuis sa création atteignait ainsi 84,0 Md€, soit 4,1 points de PIB. La dette restant à amortir au 31 décembre 2013 s'élevait quant à elle à 132,7 Md€.

A fin 2014, la CADES aura amorti un montant total de 97 Md€

La LFSS pour 2014 a intégré les déficits des branches maladie et famille dans le champ de la reprise prévue par la LFSS pour 2011, et ce sans modifier les plafonds initiaux ni l'échéance d'amortissement de la dette reprise.

Le montant des déficits à transférer en 2013 a ainsi été fixé, par décret du 3 février 2014, à 10 Md€, sur la base des prévisions retenues en LFSS pour 2014 :

- 3,3 Md€ et 2,7 Md€ au titre respectivement des déficits prévisionnels de la CNAV et du FSV pour 2013,
- les 4 Md€ restant, qui permettent d'atteindre le plafond annuel, représentent une partie du déficit de la branche maladie du régime général au titre de 2012.

Dans ces conditions, la dette totale reprise par la CADES, depuis sa création jusqu'à fin 2014, s'établira à 226,7 Md€.

Le dynamisme des ressources affectées à la CADES (cf. encadré 1), associé aux opérations de reprise de dette mentionnées ci-dessus, devrait conduire à un résultat de la caisse, correspondant à l'amortissement de sa dette, de 13 Md€ en 2014. Ce qui porterait le montant total de la dette amortie à fin 2014 à 97 Md€. Ainsi le montant de dette restant à rembourser sera de 129,7 Md€ à la fin de cette même année.

Tableau 1 • Reprises de dette par la CADES depuis l'origine

	REFERENCE	REGIME GENERAL	ETAT	CANAM	CHAMP FOREC	EXPLOITANTS AGRICOLES	TOTAL
1996	Ord. N°96-50 du 24 janvier 1996	20,9	23,4	0,5			44,7
1998	Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997	13,3					13,3
2003	Loi n° 2002-1467 du 20 décembre 2002					1,3	1,3
2004	Lois n°2003-1199 du 18 décembre 2003 et 2004-810 du 13 août 2004	35,0			1,1		36,1
2005	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	6,6					6,6
2006	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	5,7					5,7
2007	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	-0,1					-0,1
2008	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	10,0					10,0
2009	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	17,0					17,0
2011	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2011-1906 du 21 décembre 2011	65,3				2,5	67,8
2012	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	6,6					6,6
2013	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	7,7					7,7
2014	Lois n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2013-1203 du 23 décembre 2013	10,0					10,0
au 31/12/2014		198,0	23,4	0,5	2,4	2,5	226,7

Source : DSS

Encadré 1 • Ressources de la CADES

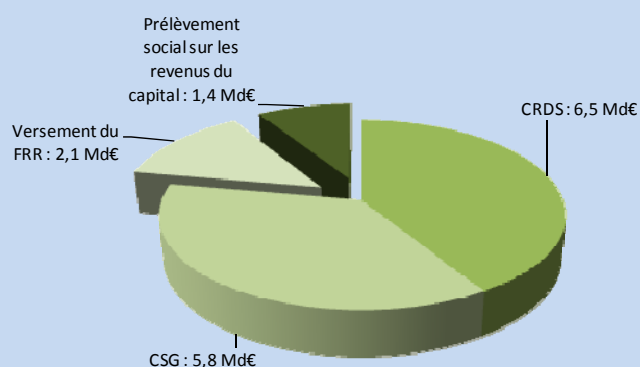
La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été jusqu'en 2008 la ressource exclusive et quasi-unique de la CADES. Son taux est de 0,5%.

Pour satisfaire aux exigences de la loi organique du 2 août 2005 qui impose que toute nouvelle opération de reprise de dette par la CADES soit accompagnée de l'affectation de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une fraction de 0,2 point de CSG, auparavant attribuée au FSV, a été en outre affectée à la CADES à compter du 1^{er} janvier 2009.

La reprise de dette votée en LFSS pour 2011 s'accompagne également d'une affectation à la CADES de recettes nouvelles permettant, conformément à la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, de ne pas prolonger au-delà de quatre années l'horizon prévisionnel d'amortissement de la dette sociale. Il s'agit de :

- 0,28 point de CSG supplémentaire, auparavant affecté à la branche famille du régime général, portant le total de CSG affectée à la CADES à 0,48 point ;
- 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, antérieurement affecté au FRR ;
- Un versement annuel par le FRR de 2,1 Md€ sur la période 2011-2024.

Au total, les ressources de la caisse se sont élevées à 15,8 Md€ pour l'année 2013 :



La politique d'émission de la CADES en 2014

Au 30 avril 2014, le taux de refinancement de la CADES s'établit, compte tenu de l'abondance de liquidités sur les marchés ainsi que de l'intérêt des investisseurs pour des actifs considérés comme sûrs, à un niveau historiquement bas : 2,53 %, contre 2,67 % au 30 avril 2013 (cf. graphique 2).

Le programme de financement de la CADES pour l'année 2014 intègre comme l'année passée un important volet d'emprunts à court terme (pour un montant prévisionnel de 9 Md€ au 31 décembre 2014), de nature notamment à assurer les reprises de dette prévues par le législateur. La caisse réalisera également des emprunts à moyen et long termes pour 15 à 18 Md€. Ce programme de près de 30 Md€ s'effectue majoritairement sur le marché de l'euro, le reste étant réalisé en devises étrangères. Les émissions en dollar américain restent la deuxième source de financement de la caisse (4 à 5 Md€ annoncés pour 2014). En outre, conformément à sa stratégie de diversification géographique sous contrainte de couverture de ses risques de change, la CADES a également recours à des emprunts dans d'autres devises, notamment en livre sterling.

Perspectives d'amortissement

Un nouveau transfert de dette est programmé en 2015 en application des dispositions de la LFSS pour 2011 amendées par la LFSS pour 2014. L'enveloppe annuelle de 10 Md€ permettra de transférer :

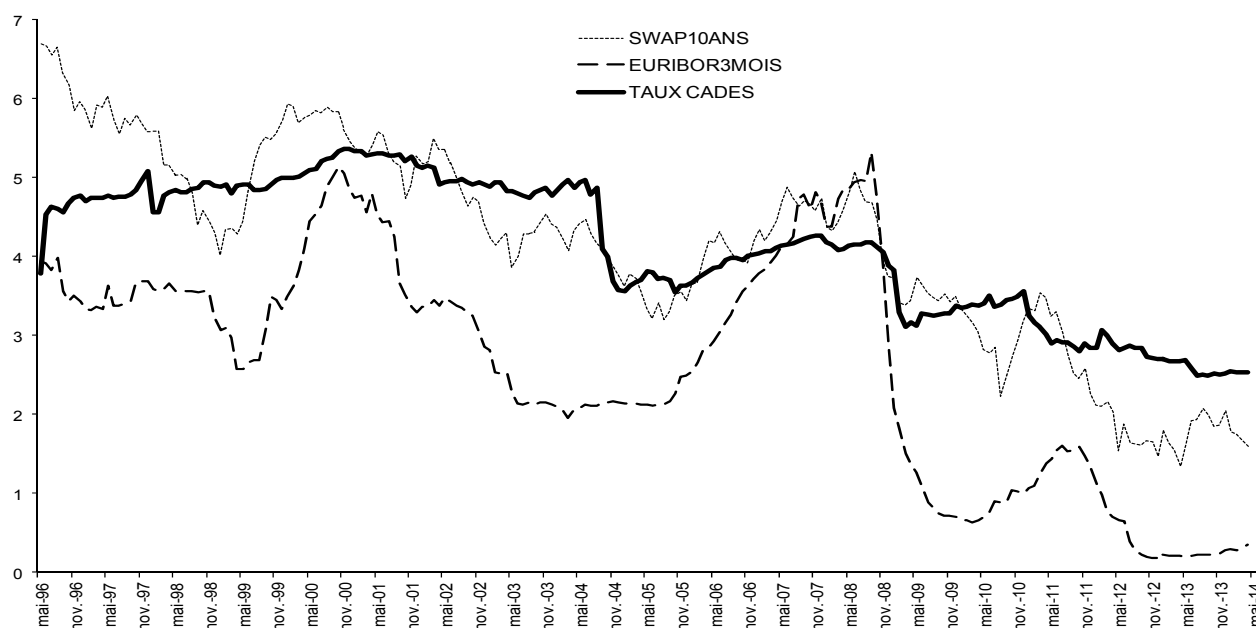
- les déficits 2013 de la CNAV et du FSV,
- le déficit 2012 de la branche maladie, pour le reliquat non repris en 2014,
- le déficit 2012 de la branche famille,
- une partie du déficit 2013 de la CNAM.

Les simulations réalisées par la CADES indiquent que l'intégralité de la dette transférée en application de la loi pourrait être remboursée en 2024 alors que la date d'extinction de la caisse était estimée à 2025 dans les prévisions réalisées à l'occasion des LFSS pour 2011. En effet, le rendement des recettes affectées à la CADES, le niveau exceptionnellement bas des taux d'intérêt, ainsi que la gestion active de la dette ont permis à la caisse de réduire la durée prévisionnelle d'accomplissement de sa mission.

Tableau 2 • Amortissement de la dette sociale (en M€)

ANNEE DE REPRISE DE DETTE	DETTE REPRISE CUMULEE	AMORTISSEMENT ANNUEL	AMORTISSEMENT CUMULE	SITUATION NETTE DE L'ANNEE
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011	202 378	11 678	59 614	-142 764
2012	209 026	11 949	71 563	-137 463
2013	216 745	12 443	84 006	-132 739
2014 (prévisionnel)	226 745	13 065	97 071	-129 674

Graphique 2 • Evolution du taux de refinancement de la CADES



Encadré 2 • Stratégie de financement de la CADES

Pour faire face à ses engagements, la CADES est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son conseil d'administration dont les principes fondamentaux sont :

- la minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché ;
- la crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros) ;
- l'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués...);
- une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollar américain, livre sterling, yen...), le risque de change étant cependant neutralisé ;
- un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais...)

7. ANNEXES

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES À LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article L. 114-1 du code de la Sécurité sociale

Article L. 114-1

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale (Art.15)

Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille (Art.34)

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (Art.3)

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 40)

Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (Art. 49)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de Sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la Sécurité sociale avec l'État et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la Sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la Commission.

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES À LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Articles D. 114-1 à D. 114-4 du code de la Sécurité sociale

Article D. 114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique, social et environnemental désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

b) Trois par le conseil national du patronat français ;

c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;

f) Un par l'union nationale des associations familiales

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

h) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

i) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

j) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

k) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;

l) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

m) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

n) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-2

Le secrétaire général permanent assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président.

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission.

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D.114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au Secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

COMPOSITION DE LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PRÉSIDENTS

M. Michel SAPIN, Ministre des Finances et des Comptes publics

M^{me} Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

M. Christian ECKERT, Secrétaire d'État au Budget, auprès du Ministre des Finances et des Comptes publics

M^{me} Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé

M^{me} Ségolène NEUVILLE, Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Gérard BAPT

Député de Haute-Garonne

M^{me} Linda GOURJADE

Députée du Tarn

M. Pierre MORANGE

Député des Yvelines

M. Christian PAUL

Député de la Nièvre

SÉNATEURS

M. Jean-Pierre CAFFET

Sénateur de Paris

M. Yves DAUDIGNY

Sénateur de l'Aisne

M. Alain MILON

Sénateur du Vaucluse

M^{me} Isabelle PASQUET

Sénatrice des Bouches-du-Rhône

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

M. Thierry BEAUDET

Membre du Conseil économique et social

III - COUR DES COMPTES

M. Jean-Pierre LABOUREIX

Conseiller maître à la Cour des comptes

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Jean-François GOMEZ	Secrétaire national du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Valérie CORMAN	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Laurent RABATE	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-François PILLIARD	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Geneviève ROY	Vice-présidente de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises en charge des affaires sociales (CGPME)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Jean-Pierre CROUZET	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Laurent CLEVENOT	Secrétaire général de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Eudes TESSON	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. Michel REGEREAU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
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. Gérard RIVIERE	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
M. Jean-Louis DEROUSSSEN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Gérard PELHATE	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Jacques ESCOURROU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
M. Gérard QUEVILLON	Président national du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Alain VASSELLE	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Bernard BILLON	Directeur du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Didier WECKNER	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Jean-Paul BOUCHET	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)
M. Étienne CANIARD	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

VI - CENTRE NATIONAL DES PROFESSIONS DE SANTÉ

M. Alain BERGEAU Vice Président du centre national des professions de santé (CNPS)

PROFESSIONS DE SANTÉ

M. David TARAC Président de l'ALLIANCE intersyndicale des médecins indépendants de France
M. Jean-Paul ORTIZ Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
M. Jean-Paul HAMON Président de la Fédération médecins de France (FMF)
M. Claude LEICHER Président du syndicat des médecins généralistes (MG France)
M. Roger RUA Président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

M. Antoine DUBOUT Président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)
M. Gérard VINCENT Délégué général à la Fédération hospitalière de France (FHF)
M. Jean-Loup DUROUSSET Président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

VII - PERSONNES QUALIFIÉES

M. Bruno DURIEUX Président de la Commission des comptes de la santé
M^{me} Carole BONNET Responsable de l'Unité recherche démographique économique – Institut national d'études démographiques (INED)
M. Philippe GAERTNER Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
M. François JOLICLERC Secrétaire national de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) – secteur protection sociale, prévoyance collective
M. Philippe LAMOUREUX Directeur général – Les entreprises du médicament (LEEM)
M. Alain ROUCHÉ Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Christian CHARPY Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M. Jean PISANI-FERRY	Commissaire général à la stratégie et à la prospective – CGSP
M. Dominique GIORGI	Président du Comité économique des produits de santé – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Denis MORIN	Directeur du Budget – ministère des Finances et des Comptes publics
N.	Chef du bureau du Droit social et de l’environnement fiscal – ministère du Redressement productif
M. Patrick AUGERAUD	Chef du Bureau des comptes nationaux – ministère des Finances et des Comptes publics
M. Jean DEBEAUPUIS	Directeur général de l’offre de soins – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Benoît VALLET	Directeur général de la santé – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Ramon FERNANDEZ	Directeur général du Trésor – ministère des Finances et des Comptes publics
M. Franck VON LENNEP	Directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) – ministère des Affaires sociales et de la Santé – ministère des Finances et des Comptes publics
M. Thomas FATOME	Directeur de la Sécurité sociale – ministère des Affaires sociales et de la Santé – ministère des Finances et des Comptes publics
M. Jean-Luc TAVERNIER	Directeur général de l’Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère des Finances et des Comptes publics
M. Éric TISON	Sous-directeur du Travail et de la Protection sociale – ministère de l’Agriculture et de l’Agroalimentaire et de la Forêt
M. Gérard BELET	Chef de la Mission « Financement de la Sécurité sociale et de la Cohésion sociale » au Contrôle général économique et financier – ministère des Finances et des Comptes publics – ministère de l’Économie, du redressement productif et du Numérique
M ^{me} Marie-Laurence PITOIS-PUJADE	Chef de la Mission « Santé- assurance maladie » au Contrôle général économique et financier – ministère des Finances et des Comptes publics – ministère de l’Économie, du redressement productif et du Numérique