

N° 104

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 novembre 2012

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2013**,*

Par M. Jean-Pierre CAFFET,

Sénateur

---

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Marini, *président* ; M. François Marc, *rapporteur général* ; Mme Michèle André, *première vice-présidente* ; Mme Marie-France Beaufils, MM. Jean-Pierre Caffet, Yvon Collin, Jean-Claude Frécon, Mmes Fabienne Keller, Frédérique Espagnac, MM. Albéric de Montgolfier, Aymeri de Montesquiou, Roland du Luart, *vice-présidents* ; MM. Philippe Dallier, Jean Germain, Claude Haut, François Trucy, *secrétaires* ; MM. Philippe Adnot, Jean Arthuis, Claude Belot, Michel Berson, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Joël Bourdin, Christian Bourquin, Serge Dassault, Vincent Delahaye, Francis Delattre, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, Jean-Paul Emorine, André Ferrand, François Fortassin, Thierry Foucaud, Yann Gaillard, Charles Guené, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Roger Karoutchi, Yves Krattinger, Dominique de Legge, Marc Massion, Gérard Miquel, Georges Patient, François Patriat, Jean-Vincent Placé, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Richard Yung.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 287, 301, 302 et T.A. 29

Sénat : 103 et 107 (2012-2013)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>CHAPITRE PREMIER - EXPOSÉ GÉNÉRAL</b> .....	9
<b>I. LE LOURD HÉRITAGE DES DEUX PRÉCÉDENTES LÉGISLATURES</b> .....	9
<b>A. UN DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE QUI DEMEURE ÉLEVÉ EN DÉPIT D'UN REcul PAR RAPPORT À 2010</b> .....	9
1. 2011 : un déficit élevé mais en diminution par rapport à l'année « record » de 2010.....	9
2. 2012 : un niveau de déficit respecté grâce au complément de recettes apporté par la loi de finances rectificative d'août 2012 .....	12
3. 2013 : une augmentation tendancielle du déficit de 3 milliards d'euros avant mesures nouvelles .....	13
4. Une forte dégradation de la situation financière de certains régimes obligatoires de base et des autres catégories d'administrations de sécurité sociale .....	14
<b>B. AU TOTAL, UN DÉFICIT CUMULÉ DE 160 MILLIARDS D'EUROS SUR LA PÉRIODE 2002-2012 QUE LA CRISE N'EXPLIQUE QUE PARTIELLEMENT</b> .....	17
1. Un déficit cumulé égal à une année de dépenses d'assurance maladie et un objectif de retour à l'équilibre en 2012 loin d'être atteint.....	17
2. L'organisation sur la même période d'une reprise de dette sans précédent et pourtant partielle .....	21
<b>C. DES NIVEAUX DE DÉFICIT ET DE DETTE NÉANMOINS INFÉRIEURS À CEUX DE L'ÉTAT</b> .....	24
1. Sur les trente dernières années, le besoin de financement des ASSO n'excède un point de PIB qu'en 2010 .....	24
2. La dette des ASSO ne constitue qu'un huitième de la dette publique .....	25
<b>II. 2012-2013 : DES PREMIÈRES MESURES CRUCIALES POUR LE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX</b> .....	26
<b>A. LA NÉCESSITÉ DE PRENDRE DES MESURES NOUVELLES DÈS 2012</b> .....	27
1. Un déficit 2012 évalué à 19,9 milliards d'euros en juillet dernier.....	27
2. L'amorce d'un nouveau partage de l'effort : les mesures de recettes adoptées dans la loi de finances rectificative d'août dernier .....	28
3. Le financement de deux engagements du candidat François Hollande lors de la présidentielle de 2012.....	31
<b>B. LE PLFSS POUR 2013 : LA POURSUITE DU REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX</b> .....	32
1. Un nouvel effort de 5,6 milliards d'euros .....	32
2. Les principes qui sous-tendent les mesures relatives aux recettes et aux principales branches .....	33
<b>C. UNE AMÉLIORATION DU PILOTAGE DES FINANCES SOCIALES</b> .....	38
1. Les limites du pilotage des finances sociales, malgré une amélioration récente de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.....	39
2. Les principales mesures proposées dans le cadre du projet de loi organique .....	44

<b>III. LA PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES : QUELS EFFORTS APRÈS 2013 ?</b> .....	46
<b>A. LA PROGRAMMATION PROPOSÉE PAR LE GOUVERNEMENT</b> .....	46
1. <i>Le niveau de participation des ASSO à l'effort global</i> .....	46
2. <i>Une situation contrastée des différentes catégories d'ASSO</i> .....	47
3. <i>Le choix d'un effort portant d'abord sur les recettes</i> .....	49
<b>B. DIFFÉRENTES TRAJECTOIRES DE RÉTABLISSEMENT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	50
1. <i>Une trajectoire de rétablissement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale...</i> .....	50
2. <i>...fondée sur un scénario macroéconomique intermédiaire</i> .....	51
3. <i>La « trajectoire centrale » à l'horizon 2017 : un effort des régimes obligatoires de base de 19,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses et des recettes</i> .....	52
4. <i>Deux trajectoires alternatives de redressement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale</i> .....	55
<b>C. DES DÉBATS À LANCER DÈS MAINTENANT</b> .....	59
1. <i>Une nouvelle reprise de dette inéluctable</i> .....	59
2. <i>Le financement de la protection sociale</i> .....	63
3. <i>Les débats qui devront animer les différentes branches</i> .....	64
 <b>CHAPITRE II - LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES</b> .....	67
<b>I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES</b> .....	67
<b>A. LES MESURES AYANT UN IMPACT DÈS 2012</b> .....	67
1. <i>Relations financières Etat-Protection sociale (article 3)</i> .....	67
2. <i>Transfert à la caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL) des réserves du fonds ATIACL et FCCPA (article 4)</i> .....	76
<b>B. LES MESURES RELATIVES AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS (ARTICLE 11)</b> .....	85
1. <i>Déplafonnement de la cotisation maladie et introduction d'une réduction dégressive de la cotisation minimale maladie</i> .....	85
2. <i>Suppression de la déduction pour frais professionnels</i> .....	86
3. <i>Assujettissement des revenus distribués aux cotisations sociales</i> .....	87
4. <i>Hausse des taux forfaitaires de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs</i> .....	88
5. <i>Position de votre rapporteur pour avis</i> .....	90
<b>C. LES MESURES RELATIVES AU « SECTEUR FINANCIER »</b> .....	91
1. <i>Simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) (article 12)</i> .....	91
2. <i>Modernisation de l'assiette de la taxe sur les salaires et renforcement de sa progressivité (article 13)</i> .....	95
3. <i>Régime social des « carried interests » (article 14)</i> .....	102
<b>D. LES MESURES DE SOLIDARITÉ</b> .....	104
1. <i>Création d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions de retraite (article 16)</i> .....	104
2. <i>Taux de la contribution tarifaire d'acheminement sur la distribution du gaz (article 19)</i> .....	111

E. LES TAXES COMPORTEMENTALES .....	114
1. Mesures relatives à la fiscalité des tabacs (article 22).....	114
2. Hausse de la fiscalité sur les bières (article 23) .....	128
3. Taxe sur les boissons énergisantes (article 23 bis) .....	132
F. LES MESURES RELATIVES AU SECTEUR DU MÉDICAMENT.....	132
1. Suppression de la taxe destinée à financer les études médico-économiques de certains médicaments et produits de santé (article 24 bis).....	132
2. Taxe sur les dépenses de promotion des médicaments et des produits de santé (article 24 ter).....	133
3. Fixation du « taux K » de la clause de sauvegarde (article 25) .....	135
G. LES AUTRES MESURES.....	136
1. Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs (article 15).....	136
2. Régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion d'une rupture conventionnelle homologuée (article 20).....	142
3. Conditions d'affiliation des élus locaux au régime général (article 17) .....	145
<b>II. LES MESURES RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>149</b>
A. LES ÉVOLUTIONS DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LEURS DÉTERMINANTS.....	149
1. Les tendances de long terme des dépenses de santé .....	149
2. Les évolutions à court terme des dépenses de santé .....	150
B. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2013 .....	152
1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 58).....	153
2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 10 et 59) .....	154
C. LES AUTRES DISPOSITIONS.....	161
1. Abrogation de la convergence tarifaire (article 47).....	161
2. Autorisation d'émission de billets de trésorerie par certains établissements de santé (article 48).....	166
3. Création d'un dispositif d'indemnités journalières dans le régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non salariés agricoles (AMEXA) en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (article 56).....	174
<b>III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE.....</b>	<b>178</b>
A. UNE CONSOLIDATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FSV .....	178
1. Une situation qui demeure dans son ensemble préoccupante .....	178
2. Les mesures proposées dans le cadre du présent projet de loi.....	180
B. QUEL BILAN DE LA RÉFORME DES RETRAITES DE 2010 ? .....	183
1. Un schéma de financement optimiste.....	183
2. Une consolidation entreprise par la loi de finances rectificative d'août 2012 .....	184
3. Vers une nouvelle concertation .....	185

<b>IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)</b> .....	187
A. L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE AT-MP : UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE PRÉVU EN 2013 .....	187
1. Les dépenses pour 2013 (article 70).....	187
2. Les recettes pour 2013.....	189
3. La branche AT-MP retrouverait l'équilibre en 2013.....	189
4. L'absence de certification des comptes de la branche.....	190
B. LA SITUATION FINANCIÈRE DES FONDS « AMIANTE ».....	190
1. La situation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).....	191
2. La situation spécifique du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).....	194
<b>V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE</b> .....	200
A. LA SITUATION DE LA BRANCHE « FAMILLE » S'EST DÉGRADÉE DE FAÇON CONTINUE DEPUIS 2007.....	200
1. La structure des recettes et des dépenses de la branche « famille ».....	200
2. La crise économique explique en partie la dégradation de la situation financière de la branche .....	204
3. La fragilisation de la branche « Famille » : l'impact des mesures votées.....	206
B. 2013 : UNE BRANCHE « ÉPARGNÉE » MALGRÉ UN DÉFICIT ÉLEVÉ.....	210
1. Présentation de l'objectif de dépenses pour 2013 .....	210
2. Présentation des mesures de recettes dont bénéficie la branche.....	213
3. Quelles mesures pour un retour à l'équilibre ?.....	214
C. L'ABSENCE DE CERTIFICATION DE LA BRANCHE FAMILLE : UN PROBLÈME DE PILOTAGE QUI FAIT PESER DES DOUTES SUR LA SINCÉRITÉ DES COMPTES .....	215
1. Le refus de la certification par la Cour des comptes des comptes de la branche pour l'exercice 2011 .....	215
2. Les faiblesses du contrôle interne de la branche « famille » nuisent à la fiabilité et à la sincérité de ses comptes.....	215
3. De fortes incertitudes sur la fiabilité des systèmes d'information.....	216
<b>VI. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE</b> .....	218
A. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE : UNE MESURE D'ÉCONOMIES PARMI D'AUTRES.....	218
B. UNE ESTIMATION DE LA FRAUDE SOCIALE .....	218
1. La fraude « constatée ».....	218
2. L'évaluation des fraudes aux prestations sociales .....	221
3. Une estimation des fraudes aux cotisations .....	222
C. LES MESURES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE PROPOSÉES .....	222
1. Une sanction accrue du travail dissimulé (articles 75 et 76).....	222
2. Les échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude (articles 75 bis et 75 ter) .....	223
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	225

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 s'inscrit parmi les nombreux textes « financiers » que votre commission des finances doit examiner cet automne : le projet de loi organique relatif à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 et le projet de loi de finances pour 2013.

Face au lourd héritage des années 2002-2012, période au cours de laquelle environ 160 milliards d'euros de déficits ont été cumulés, en partie il est vrai en raison de la crise économique, la logique du présent projet de loi n'est pas différente de celle des autres textes, **le redressement des comptes sociaux devant pleinement s'inscrire dans la stratégie globale de redressement des finances publiques.**

Pour ce faire, un effort complémentaire a été nécessaire dès l'été 2012 en matière sociale : **grâce en partie aux mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative du 16 août 2012, les objectifs de soldes prévus par la LFSS 2012 ont été respectés.**

Pour 2013, les mesures prévues par le présent projet de loi représentent un **nouvel effort d'environ 5,6 milliards d'euros** pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) (3,4 milliards d'euros en recettes et 2,2 milliards d'euros en mesures d'économies). Globalement, grâce à ces dispositions, le déficit prévisionnel 2013 du régime général et du FSV sera ramené de 19,7 milliards d'euros (son tendancier) à 14 milliards d'euros.

Alors que les mesures de recettes reposent sur de **nouvelles modalités de partage de l'effort** au redressement des comptes publics, **les économies proposées n'auront pas d'impact sur les assurés.**

Dans le cadre du projet de loi de programmation, le Gouvernement a, par ailleurs, défini une trajectoire de rétablissement de la situation financière des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. **La trajectoire ainsi définie repose sur un scénario macroéconomique intermédiaire qui, sans être pessimiste, est loin d'être optimiste.** Il est à noter que, sans la programmation arrêtée par le Gouvernement, le solde des régimes obligatoires de base évoluerait spontanément vers un déficit de près de 28 milliards d'euros à l'horizon 2017, ce qui ne serait pas soutenable.

**Votre commission des finances a émis un avis favorable à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.**





## CHAPITRE PREMIER

### EXPOSÉ GÉNÉRAL

#### I. LE LOURD HÉRITAGE DES DEUX PRÉCÉDENTES LÉGISLATURES

##### *A. UN DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE QUI DEMEURE ÉLEVÉ EN DÉPIT D'UN REcul PAR RAPPORT À 2010*

Les **articles 1<sup>er</sup>** (tableau d'équilibre relatif à l'exercice clos 2011) et **5** (tableaux d'équilibre rectifiés de l'année en cours 2012) du présent projet de loi montrent une **amélioration globale du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV par rapport à 2010**, année qui avait enregistré un niveau de déficit historique.

Il n'en demeure **pas moins à un niveau élevé comparativement à la période antérieure** à la crise économique et financière. Surtout, ce niveau a été **atteint en dépit d'un important apport de recettes nouvelles** sur la période 2009-2012. S'agissant du déficit prévisionnel pour 2012, il peut être relevé qu'il est inférieur à celui initialement prévu en loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 grâce en partie aux mesures votées l'été dernier : **ce sont les mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 qui ont permis de respecter la prévision fixée à l'automne 2011 par l'ancien Gouvernement.**

Enfin, alors que le débat est souvent concentré sur le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), votre rapporteur pour avis a également souhaité examiner **la situation d'autres régimes obligatoires de base qui sont devenus déficitaires en 2010 et pour lesquels des mesures doivent être prises aujourd'hui** (la CNRACL et la CNAVPL), ainsi que **les autres catégories des administrations de sécurité sociale (ASSO)**, qui ne relèvent pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale, mais qui ont également vu leur situation se dégrader fortement depuis 2010. C'est, d'ailleurs, la notion d'ASSO qui est devenue la référence dans les engagements européens de la France et les lois de programmation.

##### **1. 2011 : un déficit élevé mais en diminution par rapport à l'année « record » de 2010**

###### *a) Une réduction du déficit des régimes obligatoires de base et du FSV de 7 milliards d'euros*

Selon les dernières données de la commission des comptes de la sécurité sociale (données qui correspondent au tableau présenté à l'article

1<sup>er</sup> du présent projet de loi)<sup>1</sup>, en 2011, **le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV s'est amélioré de 7 milliards d'euros** par rapport à 2010, année qui avait enregistré un déficit « record » de 29,6 milliards d'euros.

Le déficit du régime général s'est ainsi élevé à **17,4 milliards d'euros**, soit une **diminution de 6,5 milliards d'euros par rapport à l'année 2010**.

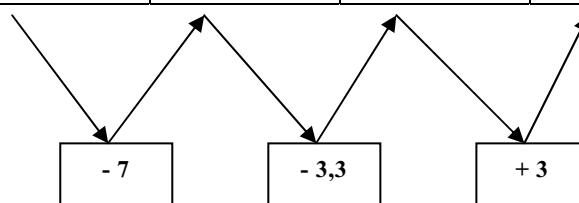
Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a, quant à lui, vu son déficit passer de 4,1 milliards d'euros à 3,4 milliards d'euros, soit une amélioration de 700 millions d'euros.

Le déficit des autres régimes de base s'est, lui, stabilisé à hauteur de 1,7 milliard d'euros (contre 1,6 milliard en 2010).

### Soldes des régimes de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012 (p)	2013 (t)
Régime général	- 23,9	- 17,4	-13,1	-16,1
Autres régimes de base	- 1,6	-1,7	-2,1	-2,5
<b>Ensemble des régimes de base</b>	<b>- 25,5</b>	<b>-19,1</b>	<b>-15,3*</b>	<b>-18,6</b>
FSV	- 4,1	-3,4	-4,1	-3,6
<b>Régimes de base et FSV</b>	<b>- 29,6</b>	<b>-22,6*</b>	<b>-19,3*</b>	<b>-22,3*</b>



\* Les écarts constatés tiennent aux arrondis.

(p) : prévisionnel ; (t) : tendanciel

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012

*b) Un niveau qui demeure deux fois supérieur à ceux enregistrés avant la crise, malgré un apport de recettes conséquent*

Le déficit global des régimes obligatoires de base et du FSV en 2011 (22,6 milliards d'euros) demeure cependant **deux fois plus élevé que ceux enregistrés sur la période 2006-2008, soit avant la crise économique et financière**, comme l'illustre le tableau suivant.

<sup>1</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012.

### Soldes des régimes de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Régime général	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 23,9	- 17,4
Autres régimes de base	0,2	0,9	- 1,8	- 1,9	- 1,3	- 1,6	- 1,7
<b>Ensemble des régimes de base</b>	<b>- 11,4</b>	<b>- 7,8</b>	<b>- 11,3</b>	<b>- 12,0*</b>	<b>- 21,7*</b>	<b>- 25,5</b>	<b>- 19,1</b>
FSV	- 2,0	- 1,3	+ 0,2	0,8	- 3,2	- 4,1	- 3,4
<b>Régimes de base et FSV</b>	<b>- 13,4</b>	<b>- 9,1</b>	<b>- 11,1</b>	<b>- 11,2</b>	<b>- 24,9</b>	<b>- 29,6</b>	<b>- 22,6*</b>

\* Les écarts constatés tiennent aux arrondis.

Source : d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Il est en outre à rappeler que ce niveau de déficit est atteint **en dépit d'un important apport de recettes par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances pour 2011** (soit environ 8 milliards d'euros au total).

*c) Un partage de la réduction du déficit du régime général entre les branches maladie et retraites*

Comme le montre le tableau ci-après, ce sont **les branches maladie et retraites du régime général qui ont bénéficié, à parts quasi égales, (3 milliards d'euros chacune) de la réduction du déficit du régime général en 2011**. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont, en effet, été les principales bénéficiaires des recettes nouvelles adoptées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2011.

### Soldes par branche du régime général

(en milliards d'euros)

	2010	2011	<b>Ecart 2011-2010</b>
Maladie	- 11,6	- 8,6	+ 3
Accidents du travail	- 0,7	- 0,2	+ 0,5
Retraite	- 8,9	- 6,0	+ 2,9
Famille	- 2,7	- 2,6	+ 0,1
<b>Total Régime général</b>	<b>- 23,9</b>	<b>- 17,4</b>	<b>+ 6,5</b>

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012

## 2. 2012 : un niveau de déficit respecté grâce au complément de recettes apporté par la loi de finances rectificative d'août 2012

L'article 5 du présent projet de loi présente le tableau d'équilibre rectifié pour l'année en cours. Ces données sont légèrement différentes de celles de la commission des comptes de la sécurité sociale, en raison tant des arrondis que des dispositions de l'article 3 qui modifie pour 2012 des affectations de recettes entre la sphère « Etat » et la sphère « sociale » (ce point sera développé dans la suite du présent rapport).

*a) Une réduction du déficit des régimes obligatoires de base et du FSV de 3,3 milliards d'euros*

En tout état de cause, entre 2011 et 2012, **le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV devrait s'améliorer de 3,3 milliards d'euros**, passant de 22,6 milliards d'euros à 19,3 milliards d'euros.

Cette amélioration globale **masque cependant des évolutions contrastées** : si le déficit du régime général devrait diminuer de 4,1 milliards d'euros et atteindre 13,3 milliards en 2012, en revanche, les déficits des régimes obligatoires de base, autres que le régime général, et du FSV se creuseraient respectivement de 200 millions d'euros et de 700 millions d'euros.

### Soldes des régimes de base et du FSV

*(en milliards d'euros)*

	2011	2012 (p) CCSS	Ecart 2012-2011 (CCSS)	2012 (p) PLFSS	Ecart 2012- 2011 (PLFSS)
Régime général	- 17,4	- 13,1	+ 4,3	- 13,3	+4,1
Autres régimes de base	- 1,7	- 2,1	- 0,4	- 1,9	+0,2
<b>Ensemble des régimes de base</b>	<b>- 19,1</b>	<b>- 15,3*</b>	<b>+ 3,9</b>	<b>- 15,2</b>	<b>+3,9</b>
FSV	- 3,4	- 4,1	- 0,7	- 4,1	-0,7
<b>Ensemble des régimes de base et du FSV</b>	<b>- 22,6*</b>	<b>- 19,3*</b>	<b>- 3,3</b>	<b>-19,3</b>	<b>-3,3*</b>

\* Les écarts constatés tiennent aux arrondis.

CCSS : commission des comptes de la sécurité sociale

Source : d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

*b) Un niveau de déficit fixé en LFSS pour 2012 respecté grâce aux mesures de la LFR d'août 2012 proposées par le nouveau Gouvernement*

Malgré une moindre réduction en 2012 qu'en 2011, **le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV (19,3 milliards d'euros) devrait donc être moins élevé que le déficit initialement prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (soit 19,7 milliards d'euros).**

**Soldes des régimes obligatoires de base et du FSV (objectifs de la LFSS pour 2012 et prévisionnel 2012)**

*(en milliards d'euros)*

	<b>LFSS 2012 (Annexe B - projections pluriannuelles)</b>	<b>Prévisionnel 2012 (PLFSS)</b>
Régime général	- 13,8	- 13,3
Autres régimes de base	- 1,8	- 1,9
<b>Ensemble des régimes de base</b>	<b>- 15,6</b>	<b>- 15,2</b>
FSV	- 4,1	- 4,1
<b>Ensemble des régimes de base et du FSV</b>	<b>- 19,7</b>	<b>- 19,3</b>

*Source : données de l'annexe B de la LFSS pour 2012 et article 5 du présent projet de loi*

**Cet objectif n'aurait cependant pas été respecté sans les mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative de juillet 2012 proposée par l'actuel Gouvernement - soit des mesures de recettes de l'ordre de 1,6 milliard d'euros (ce point sera développé dans la suite du présent rapport).**

**3. 2013 : une augmentation tendancielle du déficit de 3 milliards d'euros avant mesures nouvelles**

Quant au déficit tendanciel 2013, soit le niveau de déficit qui serait atteint sans l'adoption du présent projet de loi de financement, **il augmenterait de 3 milliards d'euros par rapport à 2012.**

Si le déficit du FSV se réduirait d'environ 500 millions d'euros, ceux du régime général et des autres régimes obligatoires de base se creuseraient au contraire, respectivement, de 3 milliards d'euros et de 400 millions d'euros.

### Soldes des régimes de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2012 (p)	2013 (t)	Ecart 2013-2012
Régime général	- 13,1	- 16,1	- 3,0
Autres régimes de base	- 2,1	- 2,5	- 0,4
<b>Ensemble des régimes de base</b>	<b>- 15,3*</b>	<b>- 18,6</b>	<b>- 3,3</b>
FSV	- 4,1	- 3,6	+ 0,5
<b>Ensemble des régimes de base et du FSV</b>	<b>- 19,3*</b>	<b>- 22,3*</b>	<b>- 3,0</b>

\* Les écarts constatés tiennent aux arrondis.

Source : d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

L'accroissement du déficit serait **concentré sur la branche maladie** du régime général qui verrait son déficit passer de 5,5 milliards d'euros à 8,7 milliards d'euros.

### Soldes par branche du régime général

(en milliards d'euros)

	2012	2013	Ecart 2013-2012
Maladie	- 5,5	- 8,7	- 3,2
Accidents du travail	- 0,1	- 0,2	- 0,1
Retraite	- 5,0	- 4,0	+1,0
Famille	- 2,5	- 3,3	- 0,8
Total Régime général	- 13,1	- 16,1*	- 3,0

\* Les écarts constatés tiennent aux arrondis.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012

#### **4. Une forte dégradation de la situation financière de certains régimes obligatoires de base et des autres catégories d'administrations de sécurité sociale**

Lors de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale, le débat est souvent concentré sur le régime général. Pourtant des **évolutions préoccupantes sont également observées au niveau des autres régimes obligatoires de base** – qui relèvent également des LFSS – et **des autres composantes des administrations de sécurité sociale (ASSO)** qui n'entrent, elles, pas dans le champ des LFSS, soit les régimes de retraite complémentaires obligatoires et l'assurance chômage. **Un point sur la situation financière des hôpitaux paraît également important.**

*a) Une dégradation des régimes de base autres que le régime général (champ des LFSS)*

Selon les données de la commission des comptes, le solde des régimes autres que le régime général connaîtrait une **dégradation continue sur la période 2011-2013**, soit globalement : -1,7 milliard d'euros en 2011, - 2,1 milliards d'euros en 2012 et - 2,5 milliards d'euros en 2013.

Cette situation tient, pour une part, au déficit du régime des exploitants agricoles qui atteindrait 1,2 milliard d'euros en 2012 et 900 millions d'euros en 2013.

Néanmoins, de **façon plus « inhabituelle »**, d'autres régimes obligatoires de base, autrefois excédentaires, ont vu, sur la période 2010-2013, leur situation se dégrader fortement. Ainsi en est-il de :

- la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (**CNRACL**), dont le déficit apparu en 2010 atteindrait 767 millions d'euros en 2012 et **1,25 milliard d'euros en 2013** ;

- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (**CNAVPL**), dont le déficit également apparu en 2010 se dégraderait de 53 millions d'euros en 2011, de 54 millions d'euros en 2012 et de 91 millions d'euros en 2013, année où il atteindrait **218 millions d'euros**.

Cette situation explique les **mesures proposées** :

- **dans le cadre du présent projet de loi de financement** : l'article 4 propose de transférer à la CNRACL des réserves excédentaires de deux fonds destinés à financer des prestations pour les agents des collectivités locales ;

- **ou par voie réglementaire** : il est prévu, d'une part, d'augmenter le taux des cotisations dues par les employeurs (hôpitaux et collectivités territoriales) à la CNRACL de 1,35 point en 2013 et de 1,35 point en 2014 et, d'autre part, d'augmenter les taux de cotisations de la CNAVPL de 1,12 point en 2013 et de 0,35 point en 2014.

*b) Un déficit technique de près de 3,3 milliards d'euros des régimes de retraite complémentaires (hors champ des LFSS)*

Même s'ils ne relèvent pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale<sup>1</sup>, il peut être relevé que **les régimes de retraite complémentaires obligatoires ARRCO et AGIRC connaissent, eux aussi, une importante dégradation de leur situation financière** sur la même période.

Selon les données de la Cour des comptes, dans son rapport de juillet 2012 sur la situation et les perspectives des finances publiques, ces deux régimes ont enregistré un déficit technique (avant prélèvement sur les réserves) de 3,3 milliards d'euros en 2011.

---

<sup>1</sup> Les régimes complémentaires obligatoires de retraite font, en revanche, partie de la catégorie des administrations de sécurité sociale.

Pour la Cour, « leur déficit technique se dégrade du fait du nombre élevé de départs en retraite et le résultat financier excédentaire provenant du placement de leurs réserves ne permet plus de le compenser, d'autant qu'il est lui-même en forte baisse en 2011 ».

*c) L'assurance chômage*

Toujours selon les données précitées de la Cour des comptes, si le déficit du régime d'assurance chômage s'est légèrement amélioré en 2011, il devrait fortement se dégrader en 2012 pour s'élever à **3 milliards d'euros** en 2012.

**Situation financière de l'assurance chômage**

*(en milliards d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat annuel	0,3	3,5	4,6	- 1,2	- 3,0	- 1,6	- 3,0

*Source : Cour des comptes, rapport de juillet 2012 sur la situation et les perspectives des finances publiques*

**L'endettement bancaire de l'assurance chômage serait, quant à lui, de 11 milliards d'euros à la fin de l'année 2011, soit un doublement en deux ans.**

*d) Une situation financière des hôpitaux inquiétante*

Quant aux établissements publics de santé, leur besoin de financement atteindrait, selon la Cour des comptes dans son rapport précité, 1,3 milliard d'euros en 2011. **Leur dette atteindrait 30,7 milliards d'euros** en 2011, en raison principalement de leur politique d'investissement. Ce point sera développé dans la suite du présent rapport.

**Dette des hôpitaux**

*(en milliards d'euros)*

	2007	2008	2009	2010	2011
Dette	18,4	21,6	24,9	28,1	30,7

*Source : Cour des comptes, rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*

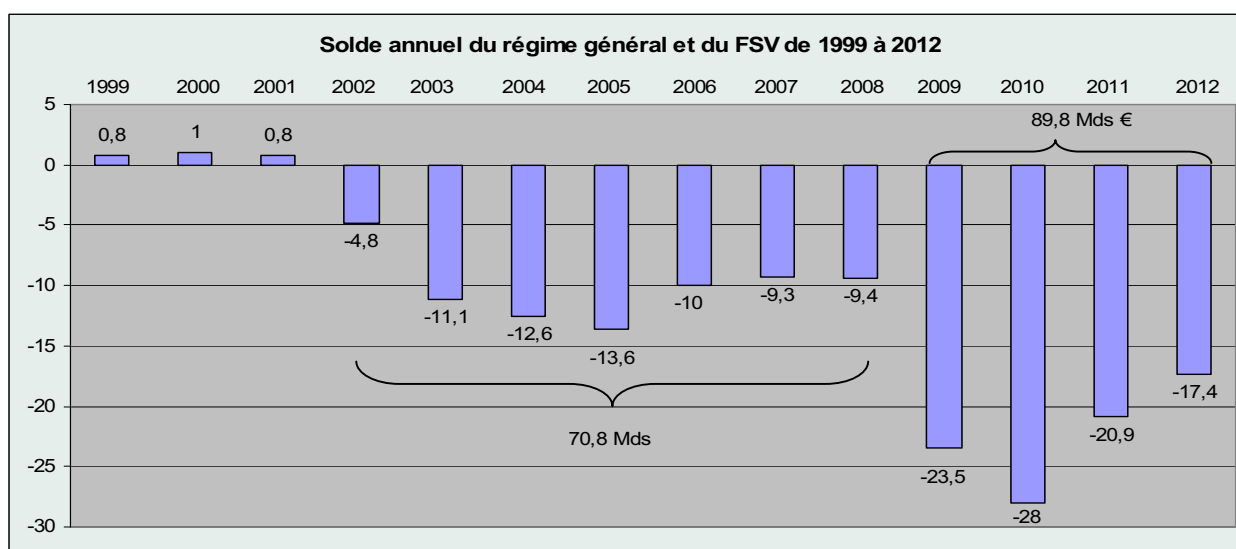


**B. AU TOTAL, UN DÉFICIT CUMULÉ DE 160 MILLIARDS D'EUROS SUR LA PÉRIODE 2002-2012 QUE LA CRISE N'EXPLIQUE QUE PARTIELLEMENT**

**1. Un déficit cumulé égal à une année de dépenses d'assurance maladie et un objectif de retour à l'équilibre en 2012 loin d'être atteint**

*a) Un déficit cumulé qui ne s'explique que partiellement par la crise*

Un retour en arrière sur une période plus large que celle couverte par le présent projet de loi fait apparaître, comme l'indique le dossier de presse du Gouvernement, que « *le cumul des déficits de la sécurité sociale – régime général et Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – a atteint 160 milliards d'euros* », sur la période 2002-2012.



Source : dossier de presse du Gouvernement – présentation du PLFSS pour 2013

A titre de comparaison, la prévision rectifiée pour 2012 de l'objectif de dépenses de la branche maladie du régime général est de 160,5 milliards d'euros et celle de la branche famille de 56,4 milliards d'euros.

**Le déficit accumulé sur la période 2002-2012 correspond donc à une année de dépenses d'assurance maladie et à un peu moins de trois années de dépenses de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).**

Il peut également être relevé que ce déficit cumulé se décompose comme suit : 70,8 milliards d'euros entre 2002 et 2008, et 89,8 milliards d'euros entre 2009 et 2012. Si la crise économique a sans aucun doute eu un impact sur le niveau de déficit du régime général et du FSV, il convient néanmoins de noter que **plus de 44 % de ces déficits ont été accumulés avant celle-ci, sur la période 2002-2008.**

Comme l'avait souligné la commission des finances dès l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et comme l'a rappelé la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale, « **le niveau exceptionnellement élevé des déficits de la sécurité sociale ne s'explique que partiellement par la crise économique** ». C'est avec **un handicap de près de 10 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.**

*b) L'objectif de retour à l'équilibre, fixé par la précédente majorité, en 2012 était-il réaliste ?*

**Quant à l'objectif d'un retour à l'équilibre des finances publiques fixé en 2007 au début de la précédente législature, il est évidemment loin d'être atteint.**

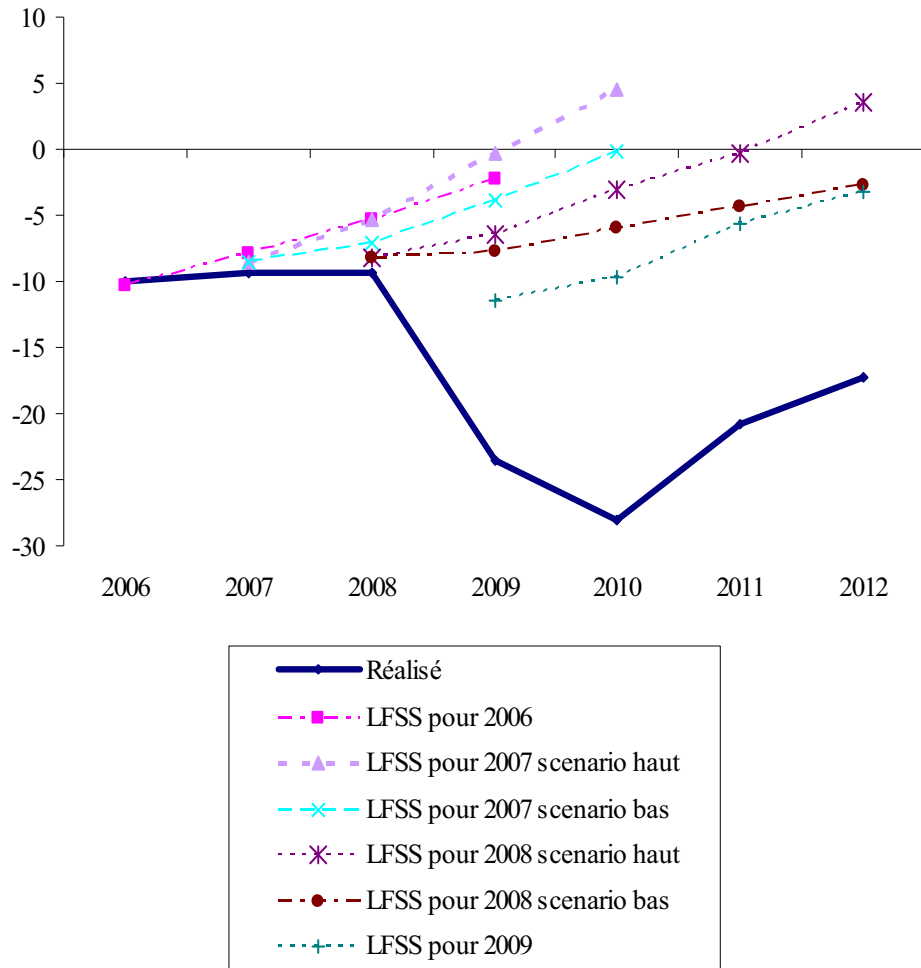
Le rapport du Gouvernement relatif au débat d'orientation budgétaire pour 2008, datant de juillet 2007, indiquait en effet : « *l'objectif du Gouvernement est de revenir à l'horizon 2012 et même dès 2010 si la croissance le permet, à une dette inférieure à 60 points de PIB et à un solde public équilibré* ».

**Certes, la crise économique est intervenue entretemps. Mais cet objectif était-il réaliste ?** Deux éléments peuvent laisser penser le contraire :

- d'une part, comme l'illustrent les graphiques ci-dessous, **les projections pluriannuelles de solde annexées aux lois de financement de la sécurité sociale avant la crise n'avaient pas été respectées**, essentiellement en raison d'hypothèses de croissance de masse salariale trop optimistes ;

### Les projections pluriannuelles de solde annexées aux LFSS : prévision et réalisation (régime général + FSV)

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances, d'après les annexes des LFSS

**Hypothèses de croissance de masse salariale retenues dans le cadre des LFSS entre 2007 et 2012 par rapport à la croissance de la masse salariale effective**

(%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Réalisé ou prévisionnel</b>	<b>4,8</b>	<b>3,6</b>	<b>-1,2</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,3</b>		
<i>LFSS 2006</i>	4,45	4,45	4,45						
<i>LFSS 2007</i>	<i>Scenario haut</i>	5,2	5,2	5,2					
	<i>Scenario bas</i>	4,4	4,4	4,4					
<i>LFSS 2008</i>	<i>Scenario haut</i>		5	5	5	5			
	<i>Scenario bas</i>		4,4	4,4	4,4	4,4			
<i>LFSS 2009</i>			2,75	4	4,6	4,6			
<i>LFSS 2010</i>				-0,4	5	5	5		
<i>LFSS 2011</i>					2,9	4,5	4,5	4,5	
<i>LFSS 2012</i>						3	4	4	4

Source : commission des finances, d'après les projections pluriannuelles annexées aux lois de financement de la sécurité sociale, et données de la commission des comptes pour la croissance de la masse salariale effectivement constatée

- d'autre part, ainsi que le notait notre collègue François Marc, rapporteur général, à l'occasion du débat d'orientation des finances publiques de juin dernier, il est probable que, **sans la crise, le précédent Gouvernement n'aurait pas proposé les substantielles augmentations d'impôts et de prélèvements sociaux décidées entre 2008 et 2012** pour contenir les déficits. Alors que l'objectif initial du précédent Gouvernement était une réduction du taux de prélèvements obligatoires, celui-ci est passé, s'agissant **des prélèvements sociaux, de 22,2 points de PIB à 24,3 points entre 2008 et 2012.**

**Evolution des prélèvements obligatoires sur la période 2008-2012**

(% du PIB)

	2008	2009	2010	2011	2012
Etat	13,7	11,5	13,8	13,0	13,6
Organismes divers d'administration centrale	0,9	1,2	0,8	0,8	0,8
Administrations publiques locales	5,8	6,1	4,6	5,9	6,0
Administrations de sécurité sociale	<b>22,2</b>	<b>22,6</b>	<b>23,2</b>	<b>23,9</b>	<b>24,3</b>
Union européenne			0,2	0,2	0,2
<b>Taux de prélèvements obligatoires</b>	<b>42,8</b>	<b>41,6</b>	<b>42,5</b>	<b>43,9</b>	<b>44,9</b>

Source : rapport économique, social et financier annexé aux PLF des années considérées

## 2. L'organisation sur la même période d'une reprise de dette sans précédent et pourtant partielle

Conséquence de la situation décrite précédemment, c'est également sur cette période 2002-2012 qu'a été organisé **le transfert de 206 milliards d'euros de déficits** (déficits passés et à venir s'agissant de la branche vieillesse) **vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**.

### Les principes de la gestion de la dette sociale

Depuis 1996, la dette sociale est **cantonée au sein d'une structure dédiée, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**. Cet établissement public, doté de ressources propres, a pour mission d'amortir, sur une **période limitée**, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi. La « durée de vie » de la CADES était à l'origine fixée à 13 ans.

Suite aux reports de la date d'extinction de la Caisse adoptés en 1998 et en 2004, le législateur a souhaité interdire autant que possible toute nouvelle prolongation de sa durée de vie, le caractère éphémère de celle-ci ayant été particulièrement affirmé lors de sa création afin de ne pas faire supporter aux générations futures des charges indues.

Ainsi, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement a, suite à un amendement parlementaire, modifié l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et prévu que « ***tout nouveau transfert de dette à la CADES serait accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale*** ». Le Conseil constitutionnel a souligné la valeur organique de cette règle dans sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005.

Face à l'ampleur des déficits sociaux nés de la crise économique et financière, la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a autorisé exceptionnellement le législateur à déroger, en LFSS pour 2011, au principe de non allongement de la durée de vie de la CADES, sans cependant pouvoir relever de plus de quatre ans cette durée. La date d'extinction de la CADES est donc fixée à 2025.

La ressource « originelle » de la Caisse était une contribution *ad hoc*, la CRDS, au taux de 0,5 %, prélevée sur l'ensemble des revenus. Ses ressources se sont néanmoins diversifiées depuis 2009. Lui sont désormais affectés : 0,48 point de CSG (0,2 point en 2009 en provenance du FSV ; 0,28 point en 2011 en provenance de la CNAF), la part du prélèvement social sur les revenus du capital qui était affectée au fonds de réserve pour les retraites (FRR), ainsi que des versements annuels de 2,1 milliards d'euros d'actifs par celui-ci.

*a) Quatre reprises de dette opérées entre 2002 et 2009 pour un montant de 76 milliards d'euros environ*

Comme l'indique le tableau ci-après, entre 2002 et 2009, **quatre opérations de reprises de dette** ont été opérées, respectivement par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et pour 2004, la loi sur l'avenir de l'assurance maladie du 13 août 2004 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, pour un montant total de dette transférée de **76 milliards d'euros environ**.

A fin 2010, la **dette transférée** à la CADES depuis sa création s'élevait ainsi à **134,6 milliards d'euros** et la **dette amortie atteignait 47,8 milliards d'euros**.

### Reprises de dettes par la CADES entre 1996 et 2009

(en milliards d'euros)

Année	Vecteur	Nature de la dette reprise	Montant
1996	Ordonnance du 24 janvier 1996	Dette en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés des exercices 1994 et 1995 et déficit prévisionnel 1996 du régime général	20,89
		Déficits 1995 et 1996 de la Canam	0,46
		Emprunt ACOSS, repris par l'Etat en 1994 (remboursements à l'Etat jusqu'en 2005)	23,38
1998	LFSS pour 1998	Dette en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés du régime général depuis 1996 (après déduction de la fraction déjà prise en charge en 1996) et déficit prévisionnel de 1998	13,26
2003	LFSS pour 2003	Dette du Forec (première moitié régime général et autres régimes)	1,28
2004	LFSS pour 2004	Dette du Forec (deuxième moitié régime général)	1,10
	LAAM du 13 août 2004	Déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 et déficit prévisionnel 2004	35,00
2005	LAAM du 13 août 2004	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2005 (Compte tenu d'une « avance » de 1,69 milliard d'euros prélevée sur la somme de 35 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	6,61
2006		Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2006 (Compte tenu d'une « avance » de 0,30 milliard d'euros prélevée sur la somme de 6,61 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	5,70
2007		Régularisation du déficit définitif 2006	- 0,06
2008		LFSS pour 2009	Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (1 <sup>ère</sup> tranche)
2009		Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (2 <sup>nde</sup> tranche)	17,00
<b>Total</b>			<b>134,61</b>

Source : Commission de suivi de la dette sociale

*b) Une reprise de dette historique en 2010 par son ampleur, son financement et son étalement dans le temps*

A l'automne 2010, la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale et la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2011 ont procédé à une **nouvelle reprise de dette, la plus importante depuis la création de la CADES.**

Le schéma de reprise de dette adopté en 2010 prévoyait, en effet, le transfert à celle-ci :

- en 2011, dans la limite de 68 milliards d'euros, des déficits cumulés du régime général et du FSV au titre des exercices 2009 et 2010 et des déficits prévisionnels des branches maladie et famille du régime général pour l'exercice 2011 ;

- en 2012 et progressivement, dans la double limite de 62 milliards d'euros sur la période et de 10 milliards d'euros par an, des déficits de la branche vieillesse et du FSV entre 2011 et 2018.

Cette reprise de dette a été **exceptionnelle à plusieurs égards** :

- **son ampleur** : 130 milliards d'euros au total seront transférés à la CADES entre 2011 et 2018, soit quasiment l'équivalent des déficits qui lui avait été transmis depuis 1996 ;

- **son étalement dans le temps** : la reprise de dette de 2010 concerne les déficits passés 2009 et 2010 et à venir de la branche vieillesse pour les années 2011 à 2018, soit une quasi-décennie. Jusqu'alors, la plus importante reprise de dette sociale avait porté sur les déficits prévisionnels de trois exercices à venir. La loi du 13 août 2004 organisait ainsi une reprise de dette portant sur les années 2004, 2005 et 2006 ;

- **son mode de financement** : afin de financer cette reprise de dette sans précédent, **la durée d'amortissement de la CADES a été prolongée en dérogation à la loi organique du 2 août 2005 et ses sources de financement fortement accrues et diversifiées.**

Ainsi ont été prévus :

- **l'adossement du Fonds de réserve des retraites (FRR) à la CADES**, soit l'affectation à la Caisse de la recette que le FRR percevait jusqu'alors. Par ailleurs, le FRR doit verser chaque année à la Caisse 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation de ses actifs ;

- **l'allongement de la durée de vie de la CADES de quatre ans** : l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique relatif à la gestion de la dette sociale organise cette dérogation au principe introduit en 2005, selon lequel tout nouveau transfert de dette ne peut être opéré que par l'apport de ressources nouvelles ;

- **l'affectation à la CADES d'environ 3,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires, via le transfert de 0,28 point de CSG, auparavant affecté à la branche Famille.**

*c) Une reprise de dette qui demeure pourtant partielle*

**Malgré son ampleur, cette opération demeure partielle.** En effet, contrairement aux déficits « vieillesse », le schéma esquissé à l'automne 2010

n'apporte pas de solutions aux déficits à venir de la branche maladie et de la branche famille. Or, selon l'annexe B du présent projet de loi de financement (après mesures proposées par le PLFSS), **le déficit cumulé des branches maladie et famille sur la période 2012-2017 devrait atteindre plus de 34 milliards d'euros.**

***C. DES NIVEAUX DE DÉFICIT ET DE DETTE NÉANMOINS INFÉRIEURS À CEUX DE L'ÉTAT***

Replacée dans une perspective consolidée des finances publiques, **la situation des ASSO, bien qu'inquiétante, demeure néanmoins « moins alarmante » que celle des administrations publiques centrales (APUC).**

**1. Sur les trente dernières années, le besoin de financement des ASSO n'excède un point de PIB qu'en 2010**

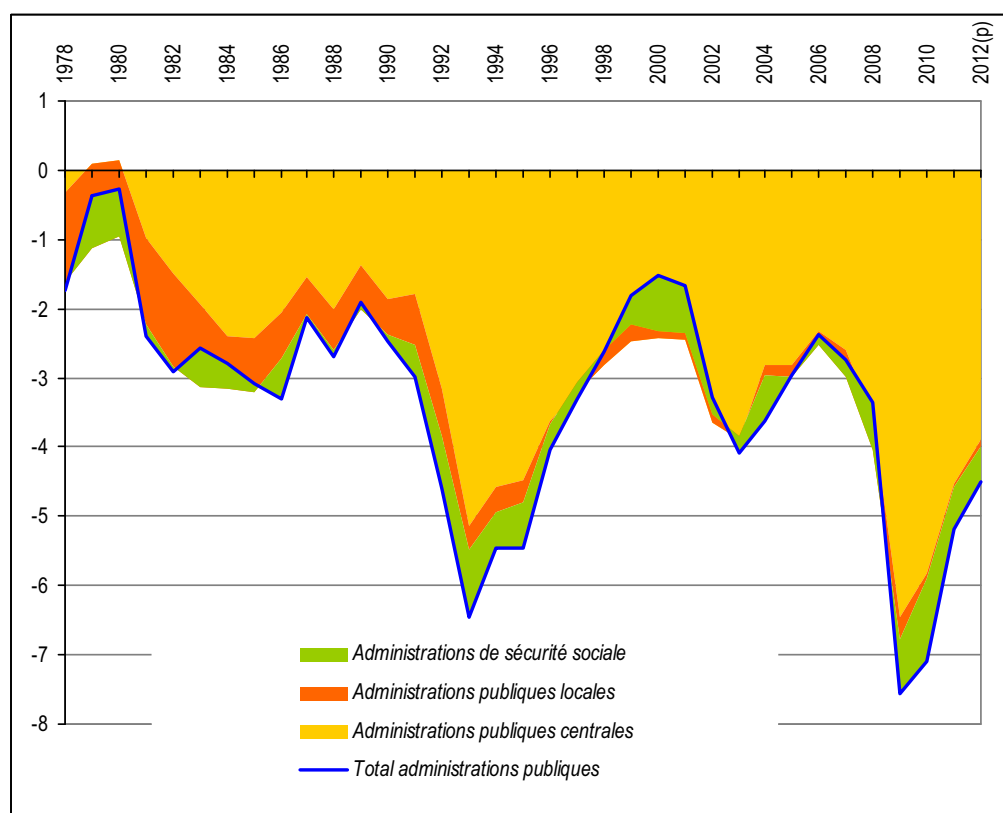
**Le besoin de financement des administrations de sécurité sociale** (soit le champ des lois de financement de la sécurité sociale auquel s'ajoutent, pour l'essentiel, les régimes complémentaires obligatoires de retraite et l'assurance chômage) **demeure ainsi nettement moins élevé que celui des administrations publiques centrales (APUC)<sup>1</sup>.**

---

<sup>1</sup> Ensemble constitué de l'Etat et des organismes divers d'administration centrale (ODAC).



### Capacité ou besoin de financement des administrations publiques, en points de PIB



Source : données INSEE jusqu'en 2011 inclus ; prévision de la loi de programmation des finances publiques pour 2012

Comme l'illustre le graphique ci-dessus, sur les trente dernières années, **il ne dépasse un point de Produit intérieur brut (PIB) qu'en 2010, date à laquelle il atteint 1,2 point de PIB.** La même année, le besoin de financement des APUC dépasse, quant à lui, 5 points de PIB.

### 2. La dette des ASSO ne constitue qu'un huitième de la dette publique

Conséquence de ce qui précède, la dette des ASSO (CADES + dette des autres administrations de sécurité sociale) représente environ **1/8<sup>e</sup> de l'ensemble de la dette publique.**

### Dettes notifiées et dettes nettes des administrations publiques

	Dettes publiques notifiées		Dettes publiques nettes	
	En Mds d'euros	En % du PIB	En Mds d'euros	En % du PIB
Etat	1 335,2	66,9	1 271,2	63,7
Organismes divers d'administration centrale	10,4	0,5	-1,7	-0,1
Administrations locales	166,3	8,3	156,6	7,8
<b>Administrations de sécurité sociale</b>	<b>205,4</b>	<b>10,3</b>	<b>146,8</b>	<b>7,4</b>
<b>Total administrations publiques</b>	<b>1 717,3</b>	<b>86,0</b>	<b>1 572,9</b>	<b>78,8</b>

La dette publique au sens de Maastricht (ou dette publique notifiée) est mesurée en valeur brute, les actifs financiers des administrations publiques n'étant pas déduits de leurs dettes. La dette publique nette est égale à la dette publique notifiée diminuée des dépôts, des crédits et des titres de créance négociables détenus par les administrations publiques sur les autres secteurs.

Source : INSEE – comptes nationaux

Néanmoins, il peut être relevé que **la part de la dette sociale dans la dette publique a progressé depuis dix ans**, passant de 5 % à 12 %, alors que celle de l'Etat a légèrement régressé (de 82 % à 78 %).

## II. 2012-2013 : DES PREMIÈRES MESURES CRUCIALES POUR LE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX

Face à ce lourd héritage, en partie il est vrai dû à la crise économique, l'engagement du Gouvernement est clair : **le redressement des comptes sociaux doit s'inscrire pleinement dans la stratégie globale de redressement des finances publiques.**

Pour ce faire, un effort complémentaire a été nécessaire dès l'été 2012 en matière sociale : **grâce aux mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative du 16 août 2012, les objectifs de soldes prévus par la LFSS 2012 ont été respectés.**

**Pour 2013, les mesures prévues par le présent projet de loi représentent un nouvel effort d'environ 5,6 milliards d'euros pour le régime général et le FSV (3,4 milliards d'euros en recettes et 2,2 milliards d'euros en mesures d'économies).**

Comme l'a indiqué notre collègue François Marc, rapporteur général, lors du débat d'orientation des finances publiques pour 2013 : *« l'année 2013 est la plus importante : c'est celle à la fin de laquelle nous nous devons de respecter l'objectif que nous a fixé le Conseil : ramener notre déficit à 3 % du produit intérieur brut. Si nous n'y parvenons pas, une mécanique juridique de sanctions se mettrait en place. Mais de manière plus immédiate, notre*

*crédibilité en serait affectée car le poids politique de cet objectif est désormais tel que l'on ne peut s'en abstraire ».*<sup>1</sup>

**Cet automne est, enfin, marqué par le renforcement des règles de gouvernance des finances publiques**, via le projet de loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques. Ce projet de loi, en cours d'examen devant les deux Assemblées parlementaires, introduit de nouvelles procédures et de nouveaux outils destinés à renforcer la crédibilité des objectifs pluriannuels fixés en matière de finances publiques, et au sein de celles-ci en matière de finances sociales.

#### **A. LA NÉCESSITÉ DE PRENDRE DES MESURES NOUVELLES DÈS 2012**

##### **1. Un déficit 2012 évalué à 19,9 milliards d'euros en juillet dernier**

En juillet 2012, les **prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale** laissaient apparaître un déficit 2012 du régime général de 15,5 milliards d'euros et un déficit du FSV de 4,4 milliards d'euros<sup>2</sup>, soit un déficit global de **19,9 milliards d'euros**.

**L'écart avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 était donc, alors, évalué à 2 milliards d'euros.**

**Soldes des régimes obligatoires de base et du FSV (objectifs de la LFSS pour 2012 et prévisionnel 2012 en cours d'année)**

*(en milliards d'euros)*

	<b>LFSS 2012</b>	<b>CCSS Juillet 2012</b>	<b>CCSS Octobre 2012</b>
Régime général	- 13,8	- 15,5	- 13,1
FSV	- 4,1	- 4,4	- 4,1
<b>Total</b>	<b>- 17,9</b>	<b>- 19,9</b>	<b>- 17,2</b>

*Source : données de l'annexe B de la LFSS pour 2012 et données de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d'octobre 2012*

Cet écart s'expliquait en partie par **une hypothèse de progression de la masse salariale, retenue en LFSS, trop optimiste**, point que votre rapporteur pour avis avait noté à l'automne dernier<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 659 (2011-2012).

<sup>2</sup> Les données sur les autres régimes obligatoires de base ne sont pas disponibles à cette date.

<sup>3</sup> Avis n° 78 (2011-2012).

### **La révision des hypothèses macro-économiques pour 2012**

De 3,7 % dans le projet de loi de financement initial pour 2012, la progression de la masse salariale a été ramenée à 3 % au cours de l'examen du texte, puis à 2,5 % dans le programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne en avril 2012.

La commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de juillet 2012, a retenu cette hypothèse, considérant que « *la baisse induite par le ralentissement de l'activité était compensée par l'incidence sur le salaire moyen de la hausse du SMIC de 2 % au 1<sup>er</sup> juillet 2012* ».

L'hypothèse de progression de la masse salariale de 2,5 % est maintenue dans les prévisions d'octobre 2012 de la commission des comptes.

*Source : d'après les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale*

**Cette situation a conduit le Gouvernement à proposer dès l'été 2012 de nouvelles mesures de recettes destinées à la sécurité sociale, à hauteur de 1,6 milliard d'euros environ.**

Il est à noter que, sans tenir compte des mesures adoptées dans le cadre de la LFR, la prévision de déficit du régime général pour 2012 s'est améliorée entre les simulations de juillet de la commission des comptes de la sécurité sociale et celles d'octobre. Cet écart de prévision s'explique par une sous-estimation initiale du rendement de certaines ressources fiscales et une sur-évaluation de certaines prestations.

Il n'en demeure pas moins que, sans l'apport de recettes complémentaires décidé cet été, les objectifs de solde prévus dans la LFSS pour 2012 n'auraient pas été respectés.

#### **2. L'amorce d'un nouveau partage de l'effort : les mesures de recettes adoptées dans la loi de finances rectificative d'août dernier**

##### *a) Un apport de recettes nouvelles de 1,6 milliard d'euros*

La loi de finances rectificative du 16 août 2012 a permis un apport de ressources nouvelles dont l'impact en 2012 est estimé à **1,6 milliard d'euros** et à **4,1 milliards d'euros pour 2013**<sup>1</sup> :

- hausse des **prélèvements sociaux sur les « stock-options »** et les actions gratuites ;

- hausse du **forfait social** de 8 % à 20 % ;

- **maintien de la hausse de 2 points du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement**, qui avait été décidée

---

<sup>1</sup> En « mesures nouvelles ».

par la précédente majorité pour financer une partie du dispositif de « TVA sociale »<sup>1</sup> ;

- **abaissement du plafond** au-delà duquel les indemnités de rupture sont assujetties, dès le premier euro, à la CSG, à la CRDS et aux cotisations sociales ;

- **extension aux non-résidents des prélèvements sociaux sur des revenus immobiliers** de source française ;

- alourdissement de la **taxation des « retraites chapeaux »**.

La **suppression partielle des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires est, en revanche, neutre pour la sécurité sociale**, dans la mesure où les pertes de recettes induites par ces exonérations étaient compensées par l'Etat. Leur suppression partielle bénéficie donc à ce dernier qui versera un moindre « panier » de recettes fiscales à la sécurité sociale, soit 2 milliards d'euros d'économies en année pleine.

Il convient, en outre, de rappeler **l'augmentation intervenue par décret du taux des cotisations d'assurance vieillesse** de 0,2 point, partagée entre la part patronale et la part salariale, **pour financer le décret « carrières longues »**<sup>2</sup> (soit un apport de recettes supplémentaires de 200 millions d'euros en 2012 et de 900 millions d'euros en 2013).

#### Mesures nouvelles adoptées dans le cadre de la LFR du 16 août 2012 et par voie réglementaire

(en milliards d'euros)

	2012	2013
Taxation accrue des stock-options	0,1	0,2
Hausse du forfait social	0,6	1,8
Assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus immobiliers des non-résidents	0,1	0,2
Hausse de 2 points du prélèvement social sur les revenus du patrimoine	0,8	1,8
Taxation des retraites chapeaux	-	0,1
Abaissement du plafond au-delà duquel les indemnités de rupture sont assujetties, dès le premier euro à la CSG, à la CRDS et aux cotisations sociales	Non chiffré	Non chiffré
<b>Sous-total LFR</b>	<b>1,6</b>	<b>4,1</b>
Hausse des cotisations pour financer l'élargissement du dispositif « carrière longue »	0,2	0,9
<b>Total</b>	<b>1,8</b>	<b>5,0</b>

Source : commission des finances, d'après le rapport PO annexé au PLF pour 2013

<sup>1</sup> Le mécanisme de la « TVA sociale » proposé par la loi de finances rectificative du 14 mars 2012 reposait sur une baisse des cotisations « Famille » de 13,2 milliards d'euros compensée par une hausse de la TVA (10,6 milliards d'euros) et une hausse de deux points du prélèvement social sur les revenus du capital (2,6 milliards d'euros).

<sup>2</sup> Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse.

*b) Un partage plus juste de l'effort de redressement des comptes publics*

Cet effort de consolidation a été réalisé en amorçant **un nouveau partage de l'effort au redressement des comptes publics, selon les principes suivants** :

- **une hausse de prélèvements ciblée sur les ménages aux capacités contributives les plus élevées** : l'article 1<sup>er</sup> de la LFR du 16 août 2012 a ainsi abrogé le mécanisme de « TVA sociale » qui aurait pesé, notamment en 2012 et 2013, sur le pouvoir d'achat des ménages, et particulièrement sur celui des plus modestes, en augmentant la TVA de 1,6 point. Le Gouvernement a fait le choix, pour 2013, de préserver la consommation des ménages. En revanche, la hausse du prélèvement social sur les revenus du capital introduite dans la LFR du 14 mars 2012 a été maintenue ;

- **une augmentation des prélèvements sur les entreprises touchant d'abord les grandes entreprises** : l'article 3 de la LFR d'août 2012 a supprimé les exonérations sociales sur les heures supplémentaires, à l'exception des exonérations patronales des entreprises de moins de 20 salariés ;

- **une réduction des « niches sociales » dans la perspective d'un alignement de la taxation des rémunérations « annexes » sur celle des salaires** : le taux du forfait social auquel sont assujetties les rémunérations autres que le salaire (participation, intéressement) a été augmenté de 8 % à 20 %. De même ont été augmentés les prélèvements sociaux sur les stock-options et les actions gratuites, ainsi que ceux sur les « retraites chapeaux ».

*c) Une consolidation de la branche « vieillesse » pour pallier les limites de la réforme des retraites de 2010*

**La principal bénéficiaire de ces mesures a été la « branche vieillesse » prise au sens large** (Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAV – et Fonds de solidarité vieillesse – FSV –).

C'est, en effet, cette branche qui a bénéficié de la hausse du forfait social dont le produit est partagé, à parts égales, entre la CNAV et le FSV (600 millions d'euros au total en 2012 et 1,8 milliard d'euros en 2013). Par ailleurs, le FSV a vu également ses ressources augmenter grâce à la hausse des prélèvements sociaux sur les « retraites chapeaux » et à celle du prélèvement social sur les revenus du capital.

**L'affectation de ces recettes supplémentaires à la branche vieillesse a été rendue nécessaire par les limites de la réforme des retraites de 2010 qui reposait, comme l'a plusieurs fois souligné la commission des finances, sur des hypothèses macroéconomiques trop optimistes** (Ce point sera développé dans la suite du présent rapport).

### **3. Le financement de deux engagements du candidat François Hollande lors de la présidentielle de 2012**

Outre ces mesures de recettes, deux engagements annoncés dans le programme du candidat François Hollande à la présidentielle ont été mis en œuvre : **la majoration de l'allocation de rentrée scolaire et l'élargissement des possibilités de départ à la retraite à 60 ans pour les « carrières longues »**. Ces mesures sont, toutes deux, financées.

#### *a) La majoration de l'allocation de rentrée scolaire*

A la charge de la branche « famille », l'allocation de rentrée scolaire (ARS) est versée, sous conditions de ressources<sup>1</sup>, aux familles ayant au moins un enfant scolarisé et âgé de 6 à 18 ans. Lors du conseil des ministres du 30 mai 2012, le Gouvernement a annoncé que **le montant de l'ARS serait revalorisé par décret de 25 % à la prochaine rentrée** (contre une revalorisation de 1,5 % lors de la rentrée 2011, correspondant à l'inflation), les plafonds de ressources pour bénéficier de l'ARS étant inchangés.

A la rentrée 2012, son montant s'est établi comme suit :

- 356,20 euros pour les enfants âgés de 6 à 10 ans ;
- 375,85 euros de 11 à 14 ans ;
- 388,87 euros de 15 à 18 ans.

Le coût global de cette mesure, correspondant à un engagement de campagne, s'élève à **372 millions d'euros** (portant le coût global de l'ARS à 1,86 milliard d'euros) et bénéficierait à près de **trois millions de familles**.

Cette mesure est financée de manière pérenne par le maintien de l'affectation d'une fraction de la hausse de 2 points des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement décidée dans le cadre de la LFR de mars 2012<sup>2</sup>.

#### *b) Des possibilités élargies de départ à la retraite à 60 ans*

Répondant à un principe de justice sociale, les possibilités de départ à la retraite à 60 ans ont également été élargies pour les personnes ayant commencé de travailler à 18 ou 19 ans.

---

<sup>1</sup> A la rentrée 2012-2013, pour pouvoir percevoir l'allocation de rentrée scolaire, les ressources du foyer (sur la base des revenus de l'année 2010) ne devront pas dépasser 23 200 euros pour un enfant, 28 554 euros pour deux enfants et 33 908 euros pour trois enfants (plus 5 354 euros par enfant supplémentaire).

<sup>2</sup> Comme indiqué précédemment, cette hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a été adoptée dans le cadre de la LFR du 14 mars 2012 pour financer une partie de la « TVA sociale ». Si la hausse de la TVA et les exonérations de charges sociales ont été supprimées par la LFR d'août 2012, en revanche la hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a été maintenue.

Ces mesures sont intégralement financées par une augmentation, par voie réglementaire, des cotisations sociales retraite. **Le solde de l'opération est nul pour les organismes de base de la sécurité sociale.**

## ***B. LE PLFSS POUR 2013 : LA POURSUITE DU REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX***

### **1. Un nouvel effort de 5,6 milliards d'euros**

Les mesures prévues par le présent projet de loi représentent un effort d'environ **5,6 milliards d'euros** pour le régime général et le FSV, qui se répartit comme suit : **3,4 milliards d'euros en recettes nouvelles et 2,2 milliards d'euros en mesures d'économies.**

Au total, grâce aux mesures du PLFSS pour 2013, comme l'indiquent les articles 27, 28, 29 et 30 du présent projet de loi (prévisions de recettes et tableaux d'équilibre pour 2013), **le déficit prévisionnel pour 2013 du régime général et du FSV est ramené de 19,7 milliards d'euros (son tendanciel) à 14 milliards d'euros environ<sup>1</sup>.** Pour rappel, le déficit moyen du régime général et du FSV s'élevait à environ 10 milliards d'euros avant la crise.

#### **Impact des mesures du PLFSS pour 2013 sur le solde du régime général et du FSV**

*(en milliards d'euros)*

	<b>Solde 2013 Tendanciel CCSS</b>	<b>Solde 2013 Prévisionnel PLSS</b>
Maladie	- 8,7	- 5,1
AT-MP	- 0,2	+ 0,3
Vieillesse	- 4,0	- 4,0
Famille	- 3,3	- 2,6
Total Régime général	- 16,1	- 11,4
FSV	- 3,6	- 2,6
Total Régime général + FSV	- 19,7	- 14,0

*Source : commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012 et présent projet de loi de financement*

Les mesures introduites en PLFSS bénéficient **principalement à la branche maladie**, dont le déficit 2013 est ramené à 5,1 milliards d'euros,

---

<sup>1</sup> L'écart entre le montant de l'effort en recettes et en dépenses (5,6 milliards d'euros) et l'amélioration finale du solde du régime général et du FSV par rapport au tendanciel (5,7 milliards d'euros) s'explique par des mesures de transferts à hauteur de 100 millions d'euros environ.



contre 8,7 milliards d'euros sans mesures nouvelles. Comme cela a été indiqué précédemment, la branche vieillesse entendue dans son sens large (CNAV et FSV) avait, elle, été la principale bénéficiaire des mesures de recettes introduites par la LFR d'août 2012.

## **2. Les principes qui sous-tendent les mesures relatives aux recettes et aux principales branches**

*a) Les mesures relatives aux recettes : des mesures fiscales pour un plus juste partage de l'effort de redressement des comptes*

Depuis 2009, la sécurité sociale bénéficie d'importants apports de recettes chaque année, le maximum ayant été atteint en 2011 en raison des mesures prises pour financer la réforme des retraites et la reprise de dette historique par la CADES.

Un **nouvel effort en recettes** est proposé dans le cadre du présent projet de loi de financement (3,4 milliards d'euros pour le régime général et le FSV ; 4,6 milliards d'euros en incluant les autres régimes obligatoires de base), selon les **principes suivants** :

- une **mise à contribution des secteurs financiers** par l'harmonisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des entreprises (C3S) relative au secteur assurantiel (article 12), la réforme de la taxe sur les salaires (article 13), et, initialement, la taxation des *carried interest* (article 14 supprimé par l'Assemblée nationale) ;

- une **mise à contribution plus juste**, grâce aux mesures relatives aux travailleurs indépendants (article 11), aux particuliers employeurs (article 15) et aux élus locaux (article 17), **et intergénérationnelle** par le biais de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie à laquelle seront assujettis les retraités (article 16) ;

- des hausses de cotisations sociales patronales, par voie réglementaire, en vue d'assurer le **financement de certains régimes de retraites** (CNRACL, CNAVPL).

De façon plus traditionnelle, les mesures de recettes reposent également sur une **hausse des taxes comportementales** (droits tabacs et droits sur les bières : articles 22 et 23) et la **poursuite de la réduction des « niches sociales »** par le rapprochement du régime social des indemnités de rupture sur celui des revenus « annexes » au salaire (article 20).

**Mesures de recettes proposées dans le cadre du présent PLFSS  
ou d'ordre réglementaire**

*(en milliards d'euros)*

	Régime général					Tous régimes	Fonds de solidarité
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches	vieillesse (section 1)
<b>Mesures nouvelles sur les recettes</b>	<b>1,20</b>	<b>0,24</b>	<b>0,21</b>	<b>0,68</b>	<b>2,32</b>	<b>3,52</b>	<b>1,08</b>
<b>Mesures du PLFSS 2013</b>	<b>1,06</b>	<b>0,04</b>	<b>0,18</b>	<b>0,66</b>	<b>1,93</b>	<b>2,31</b>	<b>1,06</b>
Prélèvements sociaux des travailleurs indépendants	0,09			0,09	0,18	0,91	0,02
Réduction de la cotisation minimale maladie pour les travailleurs indépendants						-0,09	
Paiement des cotisations sur le salaire réel par les employeurs particuliers	0,14	0,03	0,11	0,06	0,34	0,34	
Forfait social sur les indemnités de rupture conventionnelle	0,33				0,33	0,33	
Réforme de la taxe sur les salaires				0,47	0,47	0,47	
Forfait social sur les carried interests	0,02		0,02		0,04	0,04	0,03
Clarification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances					0,00	0,00	0,06
Élargissement de la couverture sociale des élus locaux	0,06	0,01	0,04	0,03	0,14	0,14	
Contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite					0,00	0,00	0,35
Hausse de la fiscalité sur le tabac	0,08			0,01	0,09	0,12	
Hausse de la fiscalité sur les bières	0,33				0,33	0,48	
Simplification des taxes pharmaceutiques	0,01				0,01	0,01	
Relèvement des bornes législatives de la contribution tarifaire d'acheminement (pour la CNIEG)					0,00	0,16	
Impact des mesures sur le montant de C3S affecté au RSI						-0,61	0,61
<b>Mesures du PLF 2013</b>	<b>0,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,13</b>	<b>0,13</b>	<b>0,01</b>
Suppression de l'abattement sur les plus values sur les terrains constructibles (impact prélèvements sociaux)	0,08		0,04	0,02	0,13	0,13	0,01
<b>Autres mesures (réglementaires ou en gestion)</b>	<b>0,05</b>	<b>0,20</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,25</b>	<b>1,08</b>	<b>0,00</b>
Augmentation des cotisations AT-MP (règl.)		0,20			0,20	0,20	
Augmentation des cotisations CNRACL (règl.)					0,00	0,63	
Augmentation des cotisations CNAVPL (règl.)					0,00	0,20	
Recours contre tiers	0,05				0,05	0,05	0,00

Source : annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

*b) L'assurance maladie : la branche qui supporte l'essentiel des mesures d'économies, tout en préservant les assurés*

**S'agissant des mesures relatives aux dépenses, c'est la branche maladie qui supporte la quasi-totalité des économies pour 2013, comme l'indique le tableau ci-après.**

Afin de ne pas préempter les réformes prochaines sur les autres branches impliquant une concertation avec les partenaires sociaux, le Gouvernement a fait le choix de fixer les objectifs de dépenses des autres branches suivant leur tendancier de dépenses.

## Mesures relatives aux dépenses

(en milliards d'euros)

	Régime général					Tous régimes	Fonds de solidarité
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches	vieillesse (section 1)
<b>Mesures sur les dépenses d'assurance maladie</b>	<b>2,01</b>	<b>0,02</b>			<b>2,03</b>	<b>2,38</b>	
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2013 (cf. tableau spécifique page suivante)	2,03	0,02			2,05	2,41	
<b>Autres mesures</b>	<b>-0,03</b>				<b>-0,03</b>	<b>-0,03</b>	
Majoration de la dotation à l'ONIAM	-0,03				-0,03	-0,03	
Création IJ pour les exploitants agricoles/avec auto-financement par une cotisation forfaitaire (pas d'impact en 2013)	0,00				0,00	0,00	
<b>Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille</b>				<b>-0,01</b>	<b>-0,01</b>	<b>-0,01</b>	
Expérimentation du versement en tiers payant du complément mode de garde				-0,01	-0,01	-0,01	
<b>Mesures nouvelles en dépenses pour le risque ATMP</b>		<b>0,19</b>			<b>0,19</b>	<b>0,19</b>	
Réduction de la dotation FIVA		0,20			0,20	0,20	
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne		-0,04			-0,04	-0,04	
Modification des règles relatives à la faute inexcusable de l'employeur		0,03			0,03	0,03	
<b>Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse</b>			<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	

Source : annexe 9 du présent projet de loi de financement

**Le taux d'évolution de l'ONDAM 2013 est fixé à 2,7 %, contre 2,5 % en 2012.** Ce taux impose **2,4 milliards d'euros d'économies** (tous régimes obligatoires de base confondus), réparties comme suit : 1,756 milliard d'euros sur les soins de ville et 657 millions d'euros sur le secteur hospitalier.

La nature des **économies** proposées pour atteindre cet objectif sont **relativement proches** des mesures proposées par le passé, comme l'illustre le tableau ci-après.

**Comparaison entre les mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2012 et l'ONDAM 2013**

(en millions d'euros)

	Mesures relatives à l'ONDAM 2012 (projet de loi initial)		Mesures relatives à l'ONDAM 2013	
<b>Mesures d'efficacité relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires</b>	Baisses de tarifs en biologie et en radiologie	170	Baisses tarifaires médecins et biologistes	155
	-		Amélioration de l'efficacité des prescriptions de transports et harmonisation des remises	70
	<b>Sous-total</b>	<b>170</b>	<b>Sous-total</b>	<b>225</b>
<b>Mesures d'économies sur les produits de santé</b>	Baisse de prix (médicaments et dispositifs médicaux)	670	Baisses de prix (médicaments et dispositifs médicaux)	605
	Diverses mesures sur le médicament	100	Diverses mesures sur le médicament	271
	<b>Sous-total</b>	<b>770</b>	<b>Sous-total</b>	<b>876</b>
<b>Maîtrise médicalisée – mesures d'efficacité des prescriptions</b>	Maîtrise médicalisée	550	Mesures d'efficacité des prescriptions	605
	<b>Sous-total</b>	<b>550</b>	<b>Sous-total</b>	<b>605</b>
<b>Mesures relatives à l'hôpital</b>	Optimisation des achats à l'hôpital	145	Rationalisation des achats hospitaliers	250
	Contrat de performance à l'hôpital	150	Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
	Convergence tarifaire ciblée	100	Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
	Mesures de lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	55	Efficacité des produits de santé à l'hôpital (dont baisses de prix de la liste en sus)	150
	<b>Sous-total</b>	<b>450</b>	<b>Sous-total</b>	<b>657</b>
	Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	223	Lutte contre la fraude	50
	<b>Sous-total</b>	<b>223</b>		<b>50</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2 163</b>		<b>2 413</b>

Source : commission des finances d'après les données de l'annexe 9 au PLFSS pour 2012 et au PLFSS pour 2013

Cependant, à la différence de certaines mesures qui ont pu être prises entre 2008 et 2012 (franchises médicales, taxation des complémentaires santé, sous-indexation des allocations familiales), **aucune des mesures d'économies prévues pour 2013 ne pèsera sur les assurés sociaux. Elles ne reposeront pas non plus sur la convergence tarifaire qui est supprimée par le présent projet de loi** (*cf.* commentaire de l'article 47 du présent projet de loi).

**Les principales mesures d'économies entre 2008 et 2012 ayant un impact direct ou indirect sur les assurés**

- **2008**
  - mise en place des **franchises médicales** : 850 millions d'euros ;
- **2009**
  - majoration de la **modulation du ticket modérateur** en cas de non respect du parcours de soins : 150 millions d'euros ;
- **2010**
  - augmentation du **forfait journalier hospitalier** : 156 millions d'euros ;
- **2011**
  - passage de 91 à 120 euros le seuil d'application du **forfait de 18 euros** : 95 millions d'euros ;
  - risque de répercussion de la **suppression de l'exonération de TSCA** (taxe spéciale sur les conventions d'assurance) dont bénéficiaient les contrats de complémentaire santé « solidaires et responsables » sur les primes ou cotisations versées par les assurés ;
- **2012**
  - **report de la date de la revalorisation des prestations familiales** au 1<sup>er</sup> avril et **revalorisation de leur montant** non plus en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix, mais à un niveau inférieur, plus proche de celui de la croissance, **soit un taux de 1%** : 500 millions d'euros.

*Source : commission des finances, d'après les données des annexes 9 aux différents projets de loi de financement et le dossier de presse du gouvernement de l'époque sur le « plan d'équilibre des finances publiques »*

*c) La branche « Vieillesse » : des mesures d'ajustement dans l'attente d'une nouvelle concertation*

Comme cela a été indiqué précédemment, la branche « vieillesse » a particulièrement bénéficié des mesures de recettes adoptées dans le cadre de la deuxième loi de finances rectificative pour 2012.

Dans le cadre du présent projet de loi, de nouvelles **mesures de consolidation** sont prévues :

- le FSV bénéficiera notamment du produit généré par **l'harmonisation de l'assiette de la C3S** (article 12) ;

- plusieurs régimes obligatoires, autres que le régime général, bénéficieront de **recettes supplémentaires** : la CNRACL, la CNAVPL (professions libérales) et les anciens salariés des entreprises du secteur des industries électriques et gazières (article 19) ;

- enfin, dans la **continuité du décret « carrières longues »** de juillet dernier, le présent projet de loi propose des mesures ciblées sur les exploitants agricoles et les régimes des prestations complémentaires de vieillesse des professions libérales.

Ces mesures d'ajustement et de consolidation sont prises pour pallier les **insuffisances de la réforme de 2010**, dans l'attente des nouveaux travaux du Conseil d'orientation des retraites et de la concertation qui sera lancée sur ce sujet en 2013.

*d) La branche famille : une branche consolidée, après avoir été fragilisée sous la précédente majorité*

Quant à la branche « Famille », même si son **déficit demeure élevé** (2,6 milliards d'euros en 2013), elle bénéficie de **nouvelles recettes** (680 millions d'euros, soit 30 % des recettes nouvelles affectées au régime général) et voit **ses dépenses progresser** en raison principalement de la revalorisation de l'ARS, comme indiqué précédemment.

Alors que la branche « Famille » avait été particulièrement fragilisée sous la précédente législature (ce point sera développé dans la suite du présent rapport), **elle paraît donc consolidée dans le cadre du présent projet de loi, même si son déficit de 2,6 milliards d'euros en 2013 ne constitue pas une situation satisfaisante.**

### **C. UNE AMÉLIORATION DU PILOTAGE DES FINANCES SOCIALES**

L'automne 2012 sera, enfin, marqué par **l'adoption du projet de loi organique relatif à la programmation et à la gouvernance des finances publiques**. Ce texte apporte des évolutions bienvenues notamment en matière de pilotage des finances sociales.

Ces évolutions s'inscrivent **dans la continuité des réformes de la gouvernance des finances publiques engagées depuis les années 2000** tant au niveau national qu'europeen (loi organique relative aux lois de finances, loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, lois de programmation des finances publiques, vote au Parlement des programmes de stabilité transmis à l'Union européenne).

Ces nouvelles règles doivent renforcer **la crédibilité des engagements pluriannuels fixés en matière de finances sociales, et plus généralement en matière de finances publiques**. Ces nouvelles procédures et

ces nouveaux outils seront d'autant plus utiles que le pilotage actuel des finances sociales, bien que renforcé ces dernières années, montre certaines limites.

### **1. Les limites du pilotage des finances sociales, malgré une amélioration récente de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie**

En 1996, les enjeux financiers de la sécurité sociale ont fait leur apparition dans le débat parlementaire grâce à la réforme de notre Constitution et à « l'organicisation » de dispositions relatives aux lois de financement de la sécurité sociale. **Ce nouvel outil législatif devait permettre de placer le pilotage financier de la sécurité sociale au cœur du débat public** et de rationaliser la prise de décision politique dans le domaine sanitaire et social.

Toutefois, force est de constater que **le cadre organique des lois de financement défini en 1996, puis en 2005, n'a pas toujours donné pleine satisfaction en termes de programmation des dépenses sociales.**

*a) La programmation pluriannuelle instaurée en 2005, un exercice à ce jour peu concluant*

Conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale<sup>1</sup>, **tous les projets de loi de financement présentent des projections pluriannuelles.**

Chaque année, la loi de financement laisse ainsi entrevoir une réduction des déficits, voire un retour à l'équilibre, des régimes obligatoires de base. Mais, **cet exercice s'avère en réalité très formel puisque d'année en année, ces horizons ont été repoussés.**

Le cas de la branche maladie du régime général est, de ce point de vue, le plus remarquable. Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 évoquait un retour à l'équilibre financier de la branche en 2007 grâce à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, celui-ci a ensuite été systématiquement reporté à :

- 2009, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
- 2010, dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;
- 2012, dans le scénario économique bas de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

---

<sup>1</sup> « Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ».

Avec la crise économique, la perspective d'un retour à l'équilibre de la branche maladie a été totalement « perdue de vue » en LFSS pour 2009, pour 2010 et pour 2011. Elle réapparaît à l'horizon 2015 dans la LFSS pour 2012.

#### Report du retour à l'équilibre de la branche maladie

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LFSS 2005	*								
LFSS 2006			*						
LFSS 2007 – scénario haut				*					
LFSS 2007 – scénario bas						*			
LFSS 2008 – scénario haut						*			
LFSS 2009									
LFSS 2010									
LFSS 2011									
LFSS 2012									*

Source : commission des finances, d'après les données des projections pluriannuelles annexées aux différentes LFSS

#### b) L'ONDAM, un objectif très longtemps non respecté

##### • Un objectif respecté une seule fois entre 1997 et 2009

Depuis 1997, le Parlement est également amené à voter, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). **Jusqu'en 2010, l'ONDAM n'avait été respecté qu'une seule fois en 1997, première année d'application du cadre organique défini en 1996.**

Deux principaux éléments expliquaient cette tendance : d'une part, **l'évaluation peu réaliste des mesures d'économies** qui sous-tendaient la construction de l'ONDAM et donc son respect et, d'autre part, les **phénomènes dits de « rebasage »** qui contribuaient à consolider les dépassements au lieu d'appeler un effort de maîtrise supplémentaire des dépenses.

#### L'effet cliquet des effets de base

Le processus de détermination de l'ONDAM consiste chaque année à appliquer à une base, après prise en compte du ou des changements de périmètre de l'ONDAM, un taux d'évolution prévisionnel qui synthétise les effets contraires de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies attendues.

**Or une difficulté permanente pour la fixation de l'ONDAM réside dans la fixation des bases auxquelles sont appliqués les taux d'évolution.** Ces bases sont définies en fonction :

- d'une part, des réalisations prévues pour l'année en cours, puisqu'elles ne peuvent pas être connues exactement au moment du vote de la loi de financement. Les prévisions utilisées s'avèrent donc plus ou moins éloignées de la réalité constatée ensuite dans les comptes ;



- d'autre part, du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine.

Cette « **technique du rebasage** » **fausse donc l'appréciation de l'évolution des dépenses d'assurance maladie d'une année sur l'autre** et peut ainsi conduire à neutraliser les dépassements en les incluant dans la base de l'ONDAM de l'année suivante, créant un **effet cliquet** par rapport aux dépenses constatées.

- **La mise en place et le renforcement de la procédure d'alerte**

Face aux dépassements de l'ONDAM entre 1998 et 2004, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé une **procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM** (*cf.* encadré suivant). Bien que constituant un progrès significatif, la mise en place de cette procédure a longtemps montré ses limites.

#### **La procédure d'alerte**

Pour éviter les dépassements de l'ONDAM voté, la loi précitée du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé un **comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie**, chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.

Le risque de dépassement de l'ONDAM est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil, fixé par décret. Le risque est alors notifié au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

**Cette procédure a été renforcée en 2010** à la suite des travaux du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

Depuis lors, **le comité d'alerte doit rendre un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM** envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

Par ailleurs, **le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte a été progressivement abaissé. Initialement fixé à 0,75 % de l'ONDAM, il est désormais fixé à 0,5 %<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

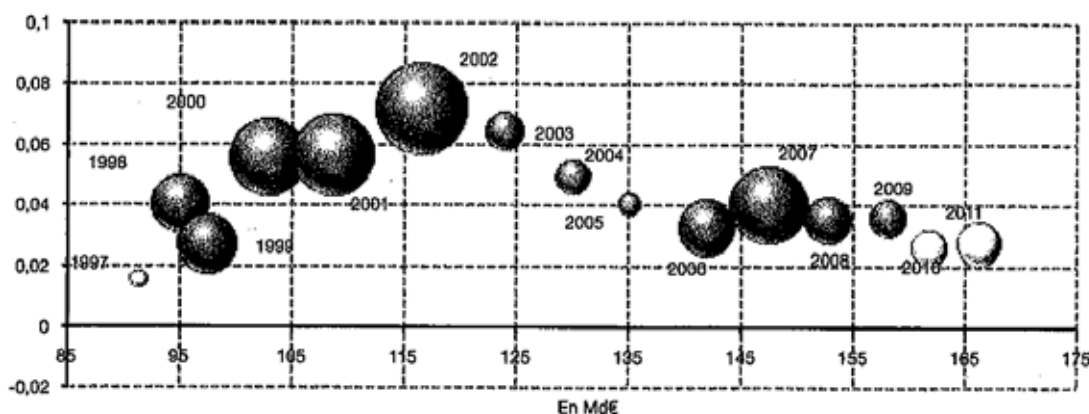
- Une amélioration récente de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Si, depuis 2010, l'ONDAM est respecté et devrait l'être en 2012 (ce point sera développé dans la suite du présent rapport), le graphique ci-dessous laisse néanmoins apparaître un **dépassement cumulé de l'ONDAM** (ou un niveau d'économies non réalisées) **depuis 2000 de 14,7 milliards d'euros**, réparti comme suit :

- entre 2000 et 2001 : 5,7 milliards d'euros ;
- entre 2002 et 2007 : 9,4 milliards d'euros ;
- entre 2008 et 2012 : 1,4 milliard d'euros de dépassements, mais 1,8 milliard d'euros d'économies supplémentaires résultant d'une sous-exécution de l'ONDAM.

#### Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 1997

(en milliards d'euros)



Lecture : les bulles sont d'autant plus grandes que l'écart à l'objectif est important, d'autant plus hautes que le taux d'évolution des dépenses est élevé. Les bulles blanches correspondent aux sous-exécutions de l'ONDAM et les bulles noires aux sur-exécutions de l'ONDAM

Source : annexe 7 au présent projet de loi

#### c) Le respect relatif des lois de programmation

Quant aux lois de programmation des finances publiques (LFPF), elles fixent, s'agissant des finances sociales, **un objectif pluriannuel global pour les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et un ONDAM pluriannuel.**

Elles ont pour base l'avant-dernier alinéa de l'article 34 de la Constitution, qui dispose, depuis la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008, que : « Les orientations pluriannuelles des finances publiques sont définies par des lois de programmation. Elles s'inscrivent dans l'objectif d'équilibre des comptes des administrations publiques ».

Deux LPFP ont été adoptées :

- la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 (« LPFP 2009-2012 ») ;

- la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 (« LPFP 2011-2014 »).

Comme l'a montré notre collègue Yves Daudigny, rapporteur général au nom de la commission des affaires sociales<sup>1</sup>, **le respect des lois de programmation en matière sociale est « relatif »** : la première LPFP a été très largement non respectée en raison de la crise économique, alors que la seconde s'est avérée plus pessimiste que les résultats finalement enregistrés.

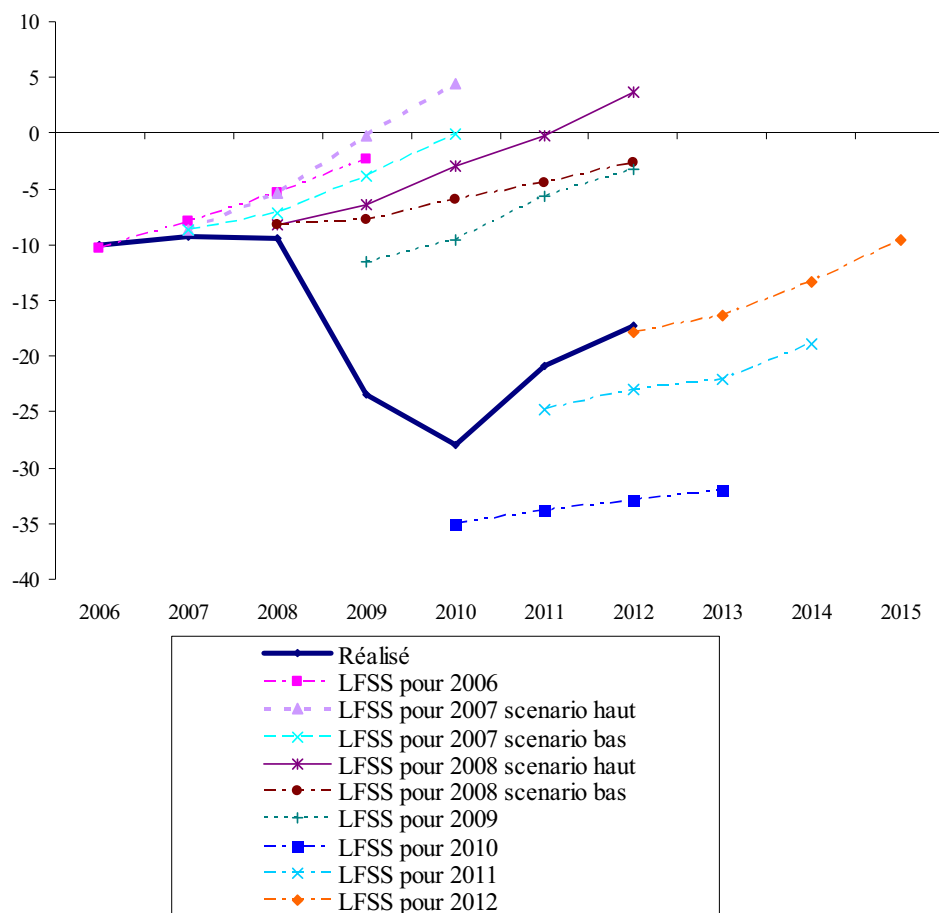
Ce résultat se retrouve en examinant l'écart entre les projections pluriannuelles de soldes du régime général et du FSV annexées aux LFSS et les soldes effectivement constatés. On distingue clairement ces deux périodes.

---

<sup>1</sup> Avis n° 74 (2012-2013).

## Les projections pluriannuelles de solde (régime général et FSV) annexées aux LFSS : prévision et réalisation

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances, d'après les annexes des LFSS concernées

## 2. Les principales mesures proposées dans le cadre du projet de loi organique

Face à ce bilan mitigé des différents outils de programmation des dépenses sociales, les apports du projet de loi organique relatif à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, en cours d'examen devant les deux Assemblées parlementaires, paraissent les bienvenus.

Conformément au traité budgétaire sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union européenne (TSCG), le projet de loi organique introduit, en effet, de **nouvelles procédures et de nouveaux outils destinés à garantir les objectifs de moyen terme fixés en matière de finances publiques.**

*a) Les trois principales mesures du projet initial*

**Trois principales mesures** sont prévues par ce projet de loi :

- le passage d'une règle d'effort structurel à une **règle de solde structurel** ;
- le vote d'un **article liminaire aux LFI et LFR**, indiquant la **prévision de soldes structurel et effectif de l'ensemble des administrations publiques** pour l'année concernée, ce qui doit permettre une vérification annuelle des écarts éventuels avec les soldes structurels et effectifs fixés par la loi de programmation ;
- la mise en place d'un **Haut Conseil des finances publiques (HCFP)** indépendant, chargé de donner des avis sur les hypothèses de croissance, le respect de la trajectoire de solde structurel et les mesures de correction prises en cas de dérapage.

*b) L'enrichissement du volet social par le Sénat*

**Le volet « social » du projet de loi organique a été enrichi** à l'initiative de notre collègue Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales, qui a notamment proposé de :

- **compléter l'information sur les perspectives financières des administrations de sécurité sociale hors du champ du PLFSS**, à savoir les régimes complémentaires et l'assurance chômage, qui contribuent de façon importante à l'amélioration du solde des ASSO dans le projet de loi de programmation des finances publiques, mais pour lesquels le Parlement dispose effectivement de très peu d'éléments ;
- examiner, dans les lois de programmation, **les orientations pluriannuelles de dépenses des branches vieillesse et famille** ;
- permettre au **Haut Conseil de rendre un avis sur la cohérence entre les orientations pluriannuelles de solde structurel définies dans la loi de programmation des finances publiques et le contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année.**

*c) Un nouveau renforcement de la vision consolidée des finances publiques*

Le projet de loi organique **renforce ainsi les instruments destinés à aborder de façon consolidée l'analyse des finances publiques.**

En plus des débats d'orientation des finances publiques, des débats sur les prélèvements obligatoires et de l'examen des lois de programmation des finances publiques, le projet de loi organique propose d'introduire **une règle portant sur le périmètre de l'ensemble des administrations publiques et dont l'objet est de tendre vers l'équilibre des comptes publics.**

Non seulement le Parlement aura à débattre sur les finances publiques au sens large, en dépassant la segmentation entre loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale, mais il aura également à **voter sur les perspectives de solde de l'ensemble des administrations publiques, dans l'article liminaire des lois de finances.**

### **III. LA PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES : QUELS EFFORTS APRÈS 2013 ?**

**Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 constitue**, après le projet de loi de finances rectificatif du 16 août 2012, le projet de loi organique, les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2013, **une autre étape importante dans le redressement des comptes publics engagé par le Gouvernement.**

Le projet de loi de programmation, également en cours d'examen par les deux Assemblées, **anticipe les dispositions du projet de loi organique** relatif à la programmation et à la gouvernance des finances publiques précédemment présenté.

#### ***A. LA PROGRAMMATION PROPOSÉE PAR LE GOUVERNEMENT***

##### **1. Le niveau de participation des ASSO à l'effort global**

###### *a) Les grands principes du projet de loi de programmation*

Les **trois principales bornes** – toutes administrations publiques confondues – posées par le projet de loi de programmation sont les suivantes :

- un **déficit public** ramené à **3 % du PIB en 2013** ;
- un **solde structurel à l'équilibre à compter de 2016** ;
- une **dette publique** abaissée à **82,9 points de PIB en 2017**.

#### **Les grands équilibres des finances publiques (2012-2017)**

*(en point de PIB)*

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Solde public effectif</b>	- 4,5	- 3,0	- 2,2	- 1,3	- 0,6	- 0,3
<b>Solde structurel (en points de PIB potentiel)</b>	- 3,6	- 1,6	- 1,1	- 0,5	0,0	0,0
<b>Dette publique</b>	89,9	91,3	90,5	88,5	85,8	82,9

*Source : projet de loi de programmation*

*b) La trajectoire prévue pour les finances sociales*

L'analyse de cette trajectoire par sous-secteurs fait apparaître les deux principales tendances suivantes :

- **la réduction du déficit public entre 2012 et 2017 sera principalement supportée par l'Etat** qui porte, comme cela a été montré plus haut, la majorité du déficit public actuel : son solde passera de -3,7 points de PIB à -1,0 point de PIB entre 2012 et 2017 ;

- **les ASSO verront également leur solde s'améliorer de façon importante, passant d'un déficit de 0,5 point de PIB en 2012 à l'équilibre en 2014, et à un excédent de 0,8 point de PIB en 2017.**

**Solde effectif par sous-secteurs entre 2012 et 2017**

*(en points de PIB)*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Administrations publiques (APU)	-4,5	-3,0	-2,2	-1,3	-0,6	-0,3
Etat	-3,7	-2,5	-2,0	-1,5	-1,2	-1,0
Organismes divers d'administration centrale (ODAC)	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-0,1
Administrations publiques locales (APUL)	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1
Administrations de sécurité sociale (ASSO)	-0,5	-0,2	0,0	0,3	0,6	0,8

*Source : rapport annexé au projet de loi de programmation*

**2. Une situation contrastée des différentes catégories d'ASSO**

**La trajectoire de retour à l'équilibre effectif en 2017 toutes APU confondues** (en réalité un déficit de 0,3 point de PIB) **repose en partie, comme le montre le tableau ci-dessus, sur l'hypothèse d'un excédent des administrations sociales de 0,8 point de PIB.** Ce résultat global des ASSO en 2017 masque cependant une situation contrastée des différentes catégories d'administrations sociales.

*a) Un déficit des régimes obligatoires de base et du FSV ramené à 9,7 milliards d'euros en 2017*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit ainsi qu'en 2017, **en dépit d'une forte réduction de leur déficit** (celui-ci devrait passer de 19,3 milliards d'euros à 9,7 milliards d'euros entre 2012 et 2017), **les régimes obligatoires de base et le FSV auront un déficit de l'ordre de 0,4 point de PIB.**

En effet, les projections pluriannuelles annexées au PLFSS pour 2013 font apparaître l'évolution suivante des soldes des régimes obligatoires de base et du FSV :

## Soldes des régimes obligatoires de base et du FSV entre 2012 et 2017

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie	- 5,5	- 5,1	- 4,3	- 3,2	- 2,0	- 1,1
AT-MP	- 0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2
Famille	- 2,5	- 2,6	- 2,4	- 2,1	- 1,8	- 1,3
Vieillesse	- 7,1	- 5,4	- 5,6	- 6,5	- 7,2	- 7,9
<b>Total Ensemble des régimes obligatoires de base</b>	<b>- 15,2</b>	<b>- 12,7</b>	<b>- 11,9</b>	<b>- 11,1</b>	<b>- 10,1</b>	<b>- 9,1</b>
FSV	- 4,1	- 2,6	- 2,7	- 2,1	- 1,3	- 0,6
<b>TOTAL Régimes obligatoires de base et FSV</b>	<b>- 19,3</b>	<b>- 15,3</b>	<b>- 14,6</b>	<b>- 13,2</b>	<b>- 11,4</b>	<b>- 9,7</b>

Source : annexe B au présent projet de loi

### b) Les excédents de la CADES et du FRR et l'amélioration de la situation de l'assurance chômage

L'écart de 1,2 point de PIB en 2017 entre le solde des administrations de sécurité sociale (au sens de la comptabilité nationale) et celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (au sens du PLFSS), paraît se décomposer de la manière suivante :

- 0,6 point de PIB correspondant au **solde positif de la CADES et du FRR**, venant du fait que les remboursements de dette ne sont pas considérés comme des dépenses en comptabilité nationale ;

- 0,1 ou 0,2 point de PIB correspondant aux économies qui, selon les estimations usuelles, résulteraient de la **diminution du taux de chômage permise par une croissance du PIB de 2 % par an<sup>1</sup>, et donc d'une amélioration de la situation de l'assurance chômage**. Cet élément apparaît à la lecture du rapport annexé à la loi de programmation, qui indique : « *Le redressement de l'activité économique permettra par ailleurs une décreue en volume des dépenses de chômage* » ;

- le reste, soit environ 0,5 point de PIB, viendrait d'un phénomène optique, en raison d'une **incompatibilité des hypothèses retenues pour construire le projet de LPFP et le PLFSS**. Ce point est détaillé dans le rapport de notre collègue rapporteur général, François Marc, sur le projet de loi de programmation<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Selon la « loi d'Okun », l'évolution du taux de chômage tend à être égale à l'écart entre la croissance effective et la croissance potentielle, multipliée par un coefficient variable selon les pays, évalué en France à environ 0,4. En supposant que la croissance potentielle est de 1,5 %, une croissance de 2 % entraîne une diminution du taux de chômage de  $(2-1,5) \times 0,4 = 0,2$  point. Sur quatre ans (2014-2017), cela correspond à une diminution de 0,8 point. Les dépenses de l'Unedic étant de l'ordre de 35 milliards d'euros, soit 1,75 point de PIB, pour un taux de chômage d'environ 10 %, il en résulte une économie d'environ 0,15 point de PIB.

<sup>2</sup> Rapport n° 96 (2012-2013).



### Le solde des administrations de sécurité sociale prévu par le projet de LPFP

(en points de PIB)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Administrations de sécurité sociale</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>
Dont :							
Solde hors CADES-FRR	-1,2	-1,0	-0,8	-0,5	-0,3	0,0	0,2
Solde CADES-FRR*	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
<b>Régimes obligatoires de base+FSV (PLFSS 2013)**</b>	<b>-1,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,4</b>

FSV : Fonds de solidarité vieillesse. CADES : caisse d'amortissement de la dette sociale. FRR : Fonds de réserve des retraites.

Les excédents de la CADES viennent du fait que les remboursements de dette ne sont pas considérés comme des dépenses en comptabilité nationale.

\* Calculé par la commission des finances.

\*\* Selon le PLFSS pour 2013 et ses concepts, qui diffèrent de ceux de la comptabilité nationale utilisés par ailleurs dans le tableau.

Sources : rapport annexé au présent projet de LPFP, sauf (\*) calculs de la commission des finances et (\*\*) PLFSS 2013

### 3. Le choix d'un effort portant d'abord sur les recettes

Comme l'illustre le tableau suivant, **l'effort en recettes pour les ASSO sera concentré sur 2012-2013, alors que l'effort en dépenses sera réparti sur l'ensemble de la période :**

#### Effort structurel en recettes et en dépenses

(en points de PIB)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effort structurel	0,4	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Effort en recettes</i>	<i>0,4</i>	<i>0,6</i>	<i>0,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Effort en dépenses</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>
<i>Autres</i>	<i>- 0,1</i>	<i>- 0,2</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>

Source : annexe au projet de loi de programmation des finances publiques

S'agissant des dépenses, il est à noter, comme l'indique le rapport annexé au projet de loi de programmation, que **seules les dépenses de la branche maladie font l'objet d'une réelle programmation. Les objectifs des autres dépenses (vieillesse et famille) ont été fixés en fonction de leur tendancier**, afin de ne « pas préjuger de réformes qui requièrent une concertation préalable avec les partenaires sociaux et un important travail législatif ».

S'agissant du débat économique sur la question de savoir s'il vaut mieux réduire le déficit en augmentant les recettes ou en réduisant les dépenses, les opinions sont souvent tranchées. En réalité, comme l'a montré

notre collègue François Marc, rapporteur général, à l'occasion de l'examen du projet de loi de programmation<sup>1</sup>, les résultats empiriques sont nuancés.

**B. DIFFÉRENTES TRAJECTOIRES DE RÉTABLISSEMENT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**1. Une trajectoire de rétablissement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale...**

Dans le cadre du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, **le Gouvernement a défini une « trajectoire centrale » de rétablissement de la situation financière des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale**. Celle-ci participe pleinement à la stratégie de retour à l'équilibre des finances publiques.

Cette « trajectoire centrale » repose, d'une part, sur un **objectif de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** et, d'autre part, sur une **trajectoire du solde** de ces régimes.

L'article 9 du projet de loi de programmation précité pose, pour les années 2012 à 2017 un objectif de dépenses, repris dans le tableau ci-dessous :

**Objectif de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale**

*(en milliards d'euros)*

2012	2013	2014	2015	2016	2017
454,7	469,6	484,2	499,2	514,4	530,5

*Source : article 9 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017*

**La trajectoire des régimes obligatoires de base de sécurité sociale** est, quant à elle, indiquée dans l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

---

<sup>1</sup> *Rapport n° 96 (2012-2013).*

## Trajectoire du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Solde (en milliards d'euros)</b>	-15,2	-12,7	-11,9	-11,1	-10,1	-9,1
<b>Solde (en points de PIB)<sup>(1)</sup></b>	-0,7	-0,6	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4

(1) En reprenant les hypothèses de croissance du PIB retenues pour le projet de loi de programmation des finances publiques pour la période 2012 à 2017

Source : extraits de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et calculs de la commission des finances

### 2. ...fondée sur un scénario macroéconomique intermédiaire

La « trajectoire centrale » de rétablissement de la situation financière des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale a été déterminée à partir d'un **scénario macroéconomique intermédiaire**.

Celui-ci prévoit une croissance atone en 2012, de 0,3 %, avec un **redémarrage très progressif en 2013**, avec une augmentation du produit intérieur brut (PIB) de 0,8 %. Ce scénario repose sur l'hypothèse d'une **dissipation des tensions financières dans la zone euro** et d'une **reprise des exportations françaises**. Il est également supposé un regain graduel de la demande intérieure, résultant d'une amélioration de la confiance des ménages et des entreprises.

Ensuite, le scénario macroéconomique retenu envisage une **croissance du PIB de 2 % par an entre 2014 et 2017**, légèrement supérieure à la croissance potentielle<sup>1</sup> qui, elle, retrouve un niveau un peu inférieur à celui d'avant la crise économique.

---

<sup>1</sup> La croissance potentielle correspond à la croissance de long terme de l'économie, résultant de l'évolution de la population active, de l'investissement et de la productivité globale des facteurs.

**Principales hypothèses du scénario macroéconomique 2013-2017**

(en %)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Croissance du PIB</b>	1,7	0,3	0,8	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Déflateur de PIB</b>	1,3	1,7	1,8	1,75	1,75	1,75	1,75
<b>Indice de prix à la consommation</b>	2,1	2,0	1,8	1,75	1,75	1,75	1,75
<b>Masse salariale privée</b>	3,4	2,5	2,3	4,0	4,0	4,0	4,0
<b>Croissance potentielle</b>	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6
<b>Ecart de production (en % du PIB)</b>	- 0,8	- 1,7	- 2,3	- 1,9	- 1,4	- 1,0	- 0,6

Source : annexe au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017

**3. La « trajectoire centrale » à l’horizon 2017 : un effort des régimes obligatoires de base de 19,2 milliards d’euros par rapport à l’évolution tendancielle des dépenses et des recettes**

Votre rapporteur pour avis a souhaité **évaluer l’effort que représente le respect des objectifs précités de redressement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.**

Cette estimation vise à **représenter l’évolution « spontanée »** de la situation financière de ces régimes, c’est-à-dire en dehors de toutes mesures nouvelles en dépenses et en recettes.

Toutefois, votre rapporteur pour avis souhaite souligner qu’eu égard aux incertitudes qui entourent les paramètres macroéconomiques et au caractère conventionnel de certaines hypothèses retenues pour ses calculs, **les simulations réalisées n’ont pour finalité que de donner des ordres de grandeur et ne doivent pas être appréhendées comme des prévisions fines.**

Le point de départ retenu pour la reconstitution de l’évolution tendancielle des dépenses et des recettes des régimes obligatoires de base est l’année 2012, afin de tenir compte des efforts d’ores et déjà réalisés lors de cet exercice.

Concernant les **dépenses**, il est retenu une **croissance tendancielle de 1,8 % en volume**. Ce taux constitue la moyenne pondérée, d'une part, des hypothèses de croissance spontanée des dépenses vieillesse et famille retenues par l'Inspection générale des finances<sup>1</sup>, respectivement de 1,9 % et de 0,35 % par an en volume et, d'autre part, de l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie retenue par votre rapporteur pour avis, soit 4,1 % par an en valeur<sup>2</sup>.

#### Evolution tendancielle des dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Régimes obligatoires de base</b>	454,7	471,1	488,0	505,3	523,3	541,9

Source : calculs de la commission des finances

Ainsi, sans mesures nouvelles d'économies, les dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindraient **541,9 milliards d'euros en 2017**, soit 11,4 milliards d'euros de plus que ce que prévoit la trajectoire posée par la loi de programmation précitée.

Pour ce qui est des recettes, les projections reprennent l'hypothèse d'une **élasticité des recettes des régimes obligatoires de base au PIB égale à 0,9** retenue par le Gouvernement. Cela signifie que lorsque le PIB augmente d'un point, les recettes croissent de 0,9 %.

A partir de cette élasticité et en reprenant les hypothèses de croissance du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, **votre rapporteur pour avis a reconstitué l'évolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale**.

---

<sup>1</sup> Inspection générale des finances (IGF), « Maîtriser les dépenses de l'Etat pour revenir à l'équilibre des finances publiques : enjeux et leviers d'action », rapport n° 2012-M-008-3, mai 2012.

<sup>2</sup> La méthode de calcul du taux de croissance spontanée des dépenses d'assurance maladie retenue par votre rapporteur pour avis est détaillée dans son commentaire portant sur les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie dans le présent rapport. L'hypothèse d'une croissance de 4,1 % par an en valeur des dépenses d'assurance maladie est également retenue par le Gouvernement dans le cadre de sa programmation pluriannuelle.

**Evolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale**

*(en milliards d'euros)*

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Régimes obligatoires de base</b>	439,5	449,8	465,0	480,7	496,9	513,6

*Source : calculs de la commission des finances (données pour 2012 de l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013)*

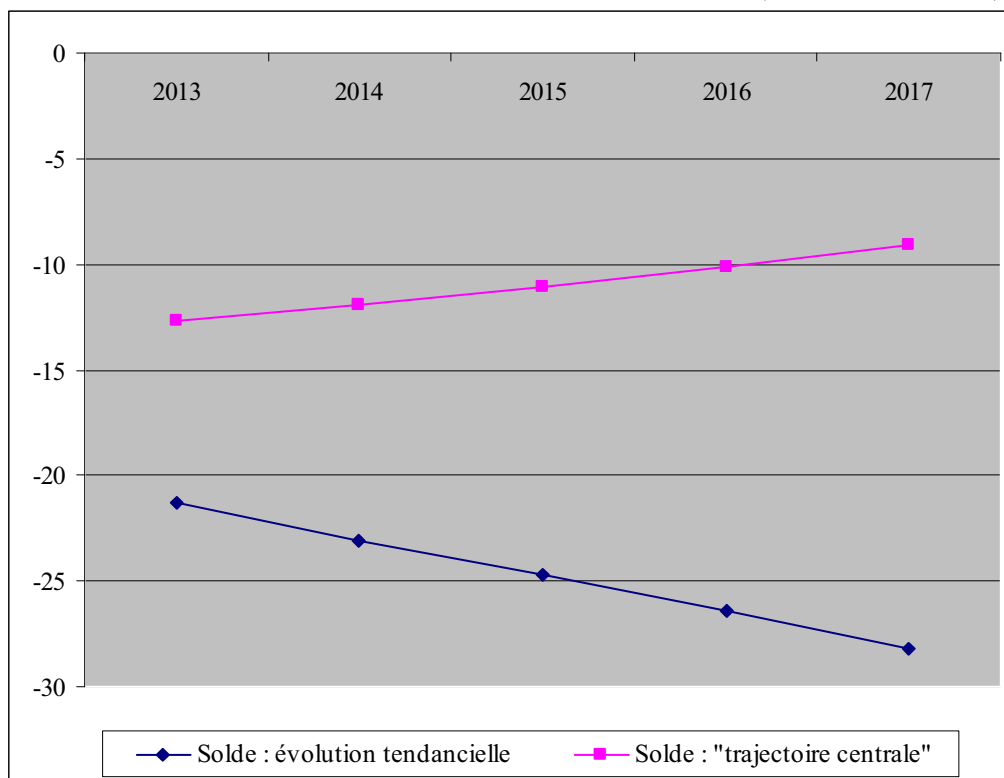
Aussi, les recettes de ces régimes évolueraient spontanément vers un montant de **513,6 milliards d'euros en 2017**.

Par conséquent, en dehors de toutes mesures nouvelles en dépenses et en recettes, **le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale serait de -28,3 milliards d'euros** (soit -1,2 point de PIB environ). Aussi le déficit tendanciel de 2017 serait-il supérieur de 19,2 milliards d'euros à celui de la trajectoire posée par le projet de loi de programmation.

Cela signifie que **cette « trajectoire centrale » représente, à l'horizon 2017, un effort des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale de près de 19,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses et des recettes.**

### Evolution du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (2013-2017)

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

#### 4. Deux trajectoires alternatives de redressement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

L'environnement macroéconomique des prochaines années demeure incertain. C'est pourquoi votre rapporteur pour avis a souhaité étudier **deux trajectoires alternatives de redressement des comptes des régimes obligatoires de base**, selon que la croissance économique est plus favorable que prévu ou, au contraire, plus faible.

Encore une fois, votre rapporteur pour avis souhaite rappeler que **cet exercice ne vise pas à donner des prévisions fines mais seulement à fournir des ordres de grandeur.**

Deux scénarii de croissance ont été envisagés, autour du scénario intermédiaire retenu dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 :

- un scénario de persistance de la crise économique ;
- un scénario de rattrapage rapide.

En effet, **les variations du PIB influent sur l'évolution tendancielle du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.** Certes, les

dépenses de ces régimes sont peu sensibles aux fluctuations conjoncturelles<sup>1,2</sup>. Toutefois, **les recettes sont fortement corrélées aux fluctuations de l'activité économique**. Cela s'explique par le fait que ces dernières sont, en majeure partie, assises sur la **masse salariale**, qui est liée à la conjoncture.

*a) Le scénario de persistance de la crise économique*

Le **scénario de persistance la crise économique** reprend, pour l'année 2013, une projection de croissance du PIB de 0,8 %. Pour les exercices suivants, il retient une hypothèse de croissance, égale à la croissance potentielle, de **1,5 %** environ<sup>3</sup>.

En effet, on pourrait retenir pour les programmations de finances publiques **une hypothèse égale à la croissance potentielle** de l'économie française. La croissance étant relativement imprévisible à court terme, retenir une hypothèse égale à la croissance potentielle permet de limiter les marges d'erreur.

Les hypothèses de croissance posées permettent de **retracer l'évolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** dans le cadre du scénario de persistance de la crise économique, selon la même méthode que précédemment.

**Evolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en cas de persistance de la crise économique**

*(en milliards d'euros)*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Régimes obligatoires de base</b>	439,5	449,8	462,9	476,5	490,4	504,8

Source : calculs de la commission des finances (données pour 2012 de l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013)

Ainsi, en cas de persistance de la crise économique, les recettes des régimes obligatoires de base évolueraient spontanément (en dehors de toutes mesures nouvelles) vers **504,8 milliards d'euros** à l'horizon 2017.

<sup>1</sup> Cf. Emmanuel Bretin et Raphaël Soullignac, « Le solde structurel des administrations de sécurité sociale : méthode et évaluation », Document de travail de la DGTPE, n° 2009/12, décembre 2009.

<sup>2</sup> Il convient de rappeler que le périmètre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale est différent de celui des administrations de sécurité sociale (ASSO). C'est pourquoi, les premières n'intègrent pas l'Unédic dont les dépenses d'indemnisation du chômage sont, elles, sensibles à la conjoncture économique.

<sup>3</sup> Une croissance potentielle de 1,5 % pour l'économie française correspond aux estimations de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et du Fonds monétaire international (FMI). Elle est également très proche de celle retenue par le Gouvernement dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.



Les dépenses de ces régimes étant peu sensibles aux évolutions conjoncturelles, leur évolution spontanée resterait similaire à celle décrite précédemment. Par conséquent, à politique publique inchangée, **le solde serait de - 37,1 milliards d'euros en 2017 si la crise économique persiste** (soit - 1,5 point de PIB).

Aussi un **effort de 28 milliards d'euros** serait-il nécessaire à l'horizon 2017 pour respecter l'objectif de solde fixé par la programmation pluriannuelle. Cela impliquerait, par conséquent, un **effort supplémentaire de 8,8 milliards d'euros** par rapport à la « trajectoire centrale » posée par le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

*b) Le scénario de rattrapage rapide*

Le **scénario de rattrapage rapide** suppose une croissance de 0,8 % en 2013, puis de **2,5 %** au-delà. Cette dernière hypothèse est celle retenue par le rapport de l'IGF de mai 2012 précité. Elle repose sur l'idée que le creusement de l'écart entre la croissance effective moyenne et la croissance potentielle du fait de la crise induirait une croissance soutenue en cas d'amélioration du contexte macroéconomique, suivant une **dynamique de rattrapage**.

Le tableau ci-dessous reprend **l'évolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** dans le cadre de ce scénario :

**Evolution tendancielle des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en cas de rattrapage rapide**

*(en milliards d'euros)*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Régimes obligatoires de base</b>	439,5	449,8	467,0	484,9	503,4	522,7

*Source : calculs de la commission des finances (données pour 2012 de l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013)*

La projection montre qu'en cas de rattrapage rapide les recettes des régimes obligatoires atteindraient tendanciuellement, donc à politique publique inchangée, **522,7 milliards d'euros en 2017**.

A cette date, le solde de ces régimes serait de **- 19,2 milliards d'euros** (soit - 0,8 point de PIB)<sup>1</sup>. Par conséquent, le respect de l'objectif de solde posé par l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 imposerait un effort de **10,1 milliards d'euros environ**, inférieur

<sup>1</sup> Comme précédemment, il est supposé que l'évolution tendancielle des dépenses des régimes obligatoires de base demeure inchangée, ces dernières étant peu sensibles à la conjoncture.

de près de 9,1 milliards d'euros à celui prévu dans le cadre de la « trajectoire centrale ».

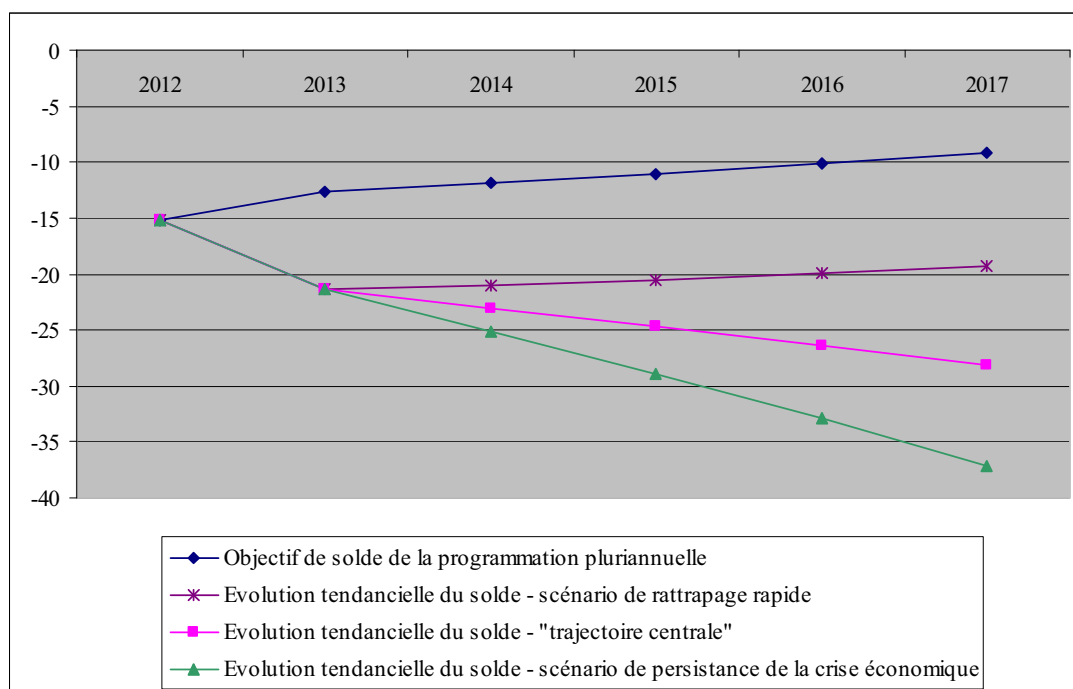
*c) Résultats des différents scénarii*

Comme cela était indiqué, les hypothèses macroéconomiques retenues pour déterminer la « **trajectoire centrale** » de rétablissement de la situation financière des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale impliqueraient **un effort de ces régimes de 19,2 milliards d'euros à l'horizon 2017** par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses et des recettes, et ce afin de respecter l'objectif de solde arrêté dans le cadre de la programmation pluriannuelle<sup>1</sup>.

Toutefois, par rapport à cette « trajectoire centrale », une **persistance de la crise économique** pourrait nécessiter un **effort supplémentaire de 8,8 milliards d'euros à l'horizon 2017**, du fait d'une dégradation plus grande du solde tendanciel. A l'inverse, un **rattrapage rapide** de l'activité économique permettrait d'**alléger l'effort de 9,1 milliards d'euros** à la même échéance.

**Evolutions tendancielles du solde des régimes obligatoires de base selon les scénarii macroéconomiques**

*(en milliards d'euros)*



Source : commission des finances

<sup>1</sup> Cette programmation pluriannuelle de l'évolution du solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est explicitée dans l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Ainsi, ces valeurs, qui ne sont que des **ordres de grandeur**, permettent d'**entrevoir les variations qui peuvent survenir dans la trajectoire de rétablissement des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** du fait des évolutions de l'activité économique. Elles fournissent également un **aperçu des efforts à consentir**, selon les scénarii macroéconomiques envisagés, pour atteindre l'objectif de solde arrêté par la programmation pluriannuelle.

**Effort total à réaliser pour atteindre l'objectif de solde des régimes obligatoires de base arrêté dans le cadre de la programmation pluriannuelle**

*(en milliards d'euros)*

Scénario de persistance de la crise économique	« Trajectoire centrale »	Scénario de rattrapage rapide
28	19,2	10,1

Source : calculs de la commission des finances

**C. DES DÉBATS À LANCER DÈS MAINTENANT**

Quoi qu'il en soit, sur la période 2013-2017, devra être tranché un certain nombre de débats :

- comment financer, et à quel rythme reprendre, les déficits cumulés de la branche « Famille » et de la branche « Maladie » 2012-2017 ?
- quel mode de financement choisir pour notre système de protection sociale ?
- quelles réformes apporter à chacun des risques de la sécurité sociale (maladie, retraites, famille, dépendance) ?

**1. Une nouvelle reprise de dette inéluctable**

*a) Un bilan plutôt positif de la reprise de dette décidée en 2010*

Comme le président de la CADES l'a indiqué à votre rapporteur pour avis, le bilan du schéma de reprise de dette décidé en 2010 est plutôt positif.

• **L'objectif d'amortissement de la caisse pour 2012 serait de 12,1 milliards d'euros (article 6 du présent projet de loi), soit un milliard d'euros supplémentaire par rapport à l'objectif fixé en LFSS pour 2012** : cette évolution s'explique par le dynamisme des ressources de la Caisse et la modération des taux d'intérêts (*cf. infra*).

Ce résultat porte **le total de la dette amortie depuis la création de la Caisse à 71,7 milliards d'euros**, soit 34 % du total de la dette reprise depuis

sa création. A la fin de l'année 2012, **la dette restant à amortir s'établirait à 137,3 milliards d'euros.**

Pour 2013, l'objectif d'amortissement fixé par l'**article 31** du présent projet de loi s'élève à **12,4 milliards d'euros.**

### Amortissement de la dette sociale

(en millions d'euros)

Année de reprise de dettes	Dette reprise cumulée	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 145	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 (p)	209 026	12 102	71 716	-137 310
2013 (p)	217 079	12 429	84 145	-132 934

Source : annexe 8 du présent projet de loi

- Selon les données transmises par le président de la CADES, toute chose égale par ailleurs, **la Caisse devrait ainsi avoir amorti la totalité de la dette sociale qui lui a été transférée en 2024, soit un an avant l'échéance prévisionnelle qui était associée aux LFSS pour 2011 et 2012.**

### La date d'extinction des missions de la CADES

La date d'extinction des missions de la CADES n'est plus mentionnée dans l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'extinction de la CADES dépend essentiellement de trois paramètres : le rendement de la ressource, l'évolution des taux d'intérêt et le taux d'inflation.

La durée d'amortissement de la dette sociale est ainsi appréciée au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques.

D'après l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, la CADES a une chance sur deux d'avoir intégralement amorti en 2024 la dette dont le refinancement lui a été confié. La probabilité que cette dette soit déjà remboursée en 2023 est de 5 % ; le risque qu'elle ne le soit pas avant 14 ans, soit en 2026, est également de 5 %.

*Source : annexe 8 au présent projet de loi*

• **Surtout, la Caisse continue d'emprunter à des taux historiquement bas.** Au 31 juillet 2012, le taux de refinancement de la CADES est stable et s'établit à l'identique du taux observé au 31 décembre 2011. L'abaissement en début d'année 2012 par l'agence Standard & Poor's<sup>1</sup> de la notation de la CADES – dans le prolongement de la décision prise sur la dette de l'Etat français – n'a eu aucun impact à cet égard.

### Evolution du coût de refinancement

	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	31/08/2012
<b>Taux variable</b>	3,68 %	0,72 %	1,41 %	1,41 %	1,07 %
<b>Taux fixe</b>	3,87 %	3,75 %	3,70 %	3,64 %	3,50 %
<b>Taux indexé</b>	4,28 %	4,34 %	4,23 %	4,08 %	3,93 %
<b>Taux global de refinancement</b>	3,89 %	3,38 %	3,56 %	2,84 %	2,84 %

*Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement*

**Le coût de portage de la dette sociale par la CADES n'en mobilise pas moins une part importante de ses ressources.** Ainsi, en 2012, la charge de la dette a représenté **4 milliards d'euros**.

**Depuis sa création,** les intérêts d'emprunt servis par la CADES auraient ainsi représenté **37,6 milliards d'euros**, soit l'équivalent d'environ 30 % des ressources qui lui ont été affectées.

<sup>1</sup> L'agence de notation internationale Standard & Poor's (S&P's) a publié le 17 janvier 2012 un communiqué annonçant l'abaissement de la notation de la CADES, pour ses emprunts à long-terme, de 'AAA' à 'AA+' avec perspective négative.

Selon les données de la CADES, une remontée des taux d'intérêts de 100 points de base entraînerait un allongement de la « durée de vie » de la Caisse de 3 mois. Les risques liés à une remontée des taux sont intégrés dans les différents scénarii présentés ci-dessus.

*b) Un déficit cumulé à reprendre de l'ordre de 34 milliards d'euros à l'horizon 2017*

Malgré son ampleur, la dernière opération de reprise de dette demeure néanmoins partielle, comme cela a été rappelé plus haut. En effet, contrairement aux déficits « vieillesse », le schéma esquissé à l'automne 2010 n'apporte pas de solution aux déficits à venir de la branche maladie et de la branche famille. Or, selon l'annexe B du présent projet de loi de financement (après mesures proposées par le PLFSS), **le déficit cumulé des branches maladie et famille sur la période 2012-2017 devrait atteindre plus de 34 milliards d'euros.**

De nouvelles reprises de dette devront très nécessairement intervenir, **sauf à renouveler la situation « acrobatique » de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2010.** Le gouvernement de l'époque ayant refusé de réaliser une reprise de dette, le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS avait atteint des records, soit 65 milliards d'euros, obligeant l'agence à considérablement diversifier ses sources de financement.

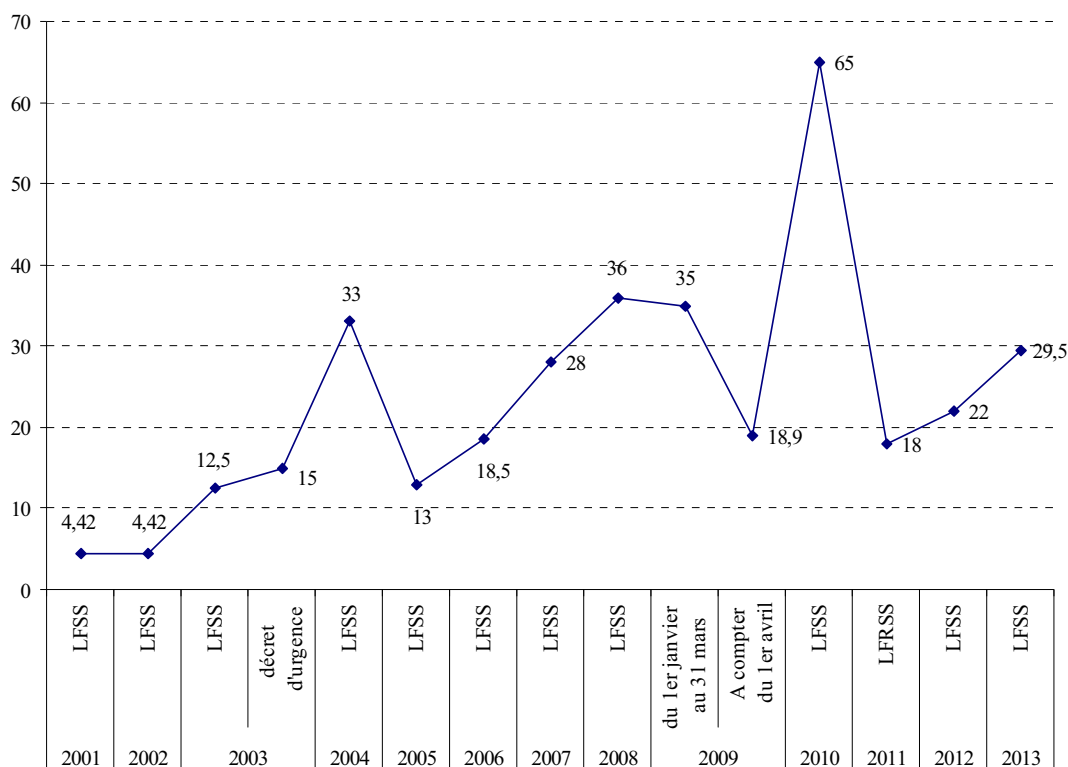
Compte tenu de la reprise de dette de 2010, le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS pour 2011 et pour 2012 a mécaniquement été revu à la baisse : initialement fixé à 20 milliards d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le plafond 2011 a été **révisé à 18 milliards d'euros** en loi de financement rectificative pour 2011. Quant à celui de **2012**, il a été établi à **22 milliards d'euros.**

Pour 2013, **l'article 36** du présent projet de loi de financement propose un plafond d'avances de **29,5 milliards d'euros.**

Comparé à 2010, ce plafond d'avance de trésorerie paraît, il est vrai, en nette diminution. **Il n'en demeure pas moins élevé au regard des années passées, notamment après une opération de reprise de dette.**

### Evolution du plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

- Compte tenu du nouveau « tarif » établi par la CADES, selon lequel tout transfert de déficit de 10 milliards d'euros doit être accompagné d'un apport de recettes de 0,064 point de CRDS, **la reprise des déficits prévisionnels de la branche maladie et famille nécessiterait d'augmenter le taux de la CRDS de 0,2 point.**

## 2. Le financement de la protection sociale

Un autre débat devra également être tranché, celui des modalités de financement de la protection sociale.

### a) Les grandes caractéristiques actuelles

**Ce dernier s'est profondément modifié depuis son origine et s'est adapté sous l'effet de deux principaux éléments :**

- d'une part, l'accroissement des besoins et l'universalisation de la protection sociale ;

- d'autre part, son impact sur l'emploi et le coût du travail.

Sans revenir sur son historique, **les principales étapes de son évolution ont été les suivantes :**

- hausse des cotisations jusqu'au début des années 1990 pour financer des besoins croissants ;

- création de la CSG en 1991 afin d'élargir le financement de la sécurité sociale à d'autres assiettes que les revenus du travail ;

- mise en place des allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires au milieu des années 1990 pour soutenir l'emploi ;

- diversification des taxes et impôts affectés à la sécurité sociale, notamment en raison de la compensation par l'Etat des allègements de charges sociales *via* des « paniers de recettes fiscales » ;

- réduction des exonérations et des exemptions d'assiette de cotisations sociales par la mise en place de contributions spécifiques (forfait social, contributions sur les retraites chapeaux, contributions sur les stock-options, ...) ;

- hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et du patrimoine.

Au total, **le financement de la sécurité sociale s'est profondément diversifié depuis 1945 et les cotisations sociales représentent une part moins importante qu'à l'origine des ressources de la sécurité sociale.** Il n'en demeure pas moins que le financement de celle-ci repose **encore pour les trois quarts sur les revenus du travail.**

#### *b) Les réflexions en cours*

Plusieurs travaux devraient venir appuyer les réflexions sur l'évolution du financement de la protection sociale :

- le **rapport sur la compétitivité demandé à Louis Gallois** ;

- les travaux du **Haut Conseil pour le financement de la protection sociale** à qui il appartiendra d'étudier les scénarii à même de concilier la nécessité de financer les besoins sociaux et l'exigence de renforcer la compétitivité de l'industrie.

### **3. Les débats qui devront animer les différentes branches**

Des réflexions devront également être engagées dans les différentes branches de la sécurité sociale. Ces débats ont d'ores-et-déjà été annoncés par le Gouvernement.



*a) L'attente des nouvelles évaluations du Conseil d'orientation des retraites*

Au printemps 2013, une concertation sera engagée sur les retraites en s'appuyant sur le **nouveau diagnostic établi par le Conseil d'orientation des retraites (COR)** et sur des scénarii établis par un comité *ad hoc*.

*b) Une mobilisation du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et le Haut conseil pour la Famille*

Le **Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)** et le **Haut Conseil pour la Famille (HCF)** seront également mobilisés pour s'assurer de la pertinence des dépenses de soins et de l'adéquation des prestations familiales aux besoins réels des Français.

*c) La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes*

Enfin, conformément aux engagements du Président de la République, le dispositif actuel d'aides aux personnes dépendantes, qui laisse une charge parfois lourde à certaines familles, sera réexaminé dans le cadre d'une réflexion plus large sur **l'adaptation de notre société au vieillissement de la population.**



## CHAPITRE II

### LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

#### I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

##### A. LES MESURES AYANT UN IMPACT DÈS 2012

###### 1. Relations financières Etat-Protection sociale (article 3)

a) *Un enchevêtrement de flux financiers de nature fiscale ou budgétaire de grande ampleur*

Les relations financières entre l'Etat et la protection sociale peuvent être regroupées en **cinq grandes catégories**, qui génèrent des flux financiers de nature fiscale ou de nature budgétaire.

Les masses financières en jeu sont importantes puisque, selon les données de l'annexe au PLF pour 2013 sur les relations financières entre l'Etat et la protection sociale, les **crédits du budget général** à destination de la protection sociale atteindront **77,5 milliards d'euros en 2013**, soit 20 % des dépenses totales de l'Etat, et les recettes fiscales affectées **166 milliards d'euros** (y compris CSG et CRDS).

(1) Le versement par l'Etat de « cotisations » pour ses personnels et de subventions à certains régimes spéciaux

L'« **Etat-employeur** » ou « **l'Etat-gestionnaire** », tout d'abord, verse aux organismes de sécurité sociale des « cotisations » pour la protection sociale de ses personnels civils, militaires et ouvriers, ainsi que des subventions d'équilibre à divers régimes spéciaux de retraites.

Selon l'annexe précitée au PLF pour 2013, ces montants devraient atteindre respectivement en 2013 : **51,8 milliards d'euros** et **6,4 milliards d'euros**.

(2) Le financement de prestations sociales gérées par la sécurité sociale

L'Etat finance, ensuite, par des contributions publiques, différentes prestations sociales dont la gestion est assurée par la sécurité sociale : l'allocation adulte handicapé (AAH) ou l'aide médicale de l'Etat (AME), par exemple.

En 2013, les concours de l'Etat à ce titre devraient atteindre, selon la même source, **15,8 milliards d'euros** (hors compensation d'exonérations de cotisations sociales – *cf. infra*).

(3) Le financement de politiques sociales

A ces dépenses, s'ajoute également **la participation de l'Etat à des politiques publiques qui bénéficient, par ailleurs, d'un financement de la sécurité sociale.**

Tel est le cas de la **sécurité sanitaire** qui donne lieu notamment à un co-financement Etat/sécurité sociale de nombreuses agences de sécurité sanitaire (l'Agence de la biomédecine, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, la Haute autorité de santé, l'Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires,...).

En 2013, les crédits inscrits dans le cadre de la mission « Santé » au titre de la prévention, de la sécurité sanitaire et de l'offre de soins s'élèveraient à **701 millions d'euros.**

(4) L'affectation de recettes fiscales

Du côté des recettes fiscales, **de nombreux impôts ou taxes affectées viennent compléter les recettes « naturelles » de la sécurité sociale** que sont les cotisations sociales.

Si certaines taxes sont affectées à la sécurité sociale selon le principe du « **pollueur-payeur** » (les droits sur les tabacs et les alcools, par exemple), la fiscalisation du financement de la sécurité sociale résulte d'autres facteurs :

- **l'universalisation de la protection sociale** : la création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1991 répond notamment à cette évolution de notre système de protection sociale ;

- **la fiscalisation du financement de la dette sociale** : la résorption de la dette de la sécurité sociale qui incombe à la CADES est financée, non pas par des cotisations sociales, mais par l'impôt, en l'espèce la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et, depuis 2009, par une fraction de la CSG, ainsi qu'une part des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et des versements du FRR ;

- **l'accroissement des besoins de financement de notre système de protection sociale ou la nécessité de financer de nouveaux risques.** Ainsi, le financement de la réforme des retraites de 2010 a reposé sur une affectation de recettes fiscales de l'ordre de 1,5 milliard d'euros. Quant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, elle a notamment conduit à la création en 2004 d'une contribution spécifique affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : la contribution solidarité autonomie (CSA) ;

- **la compensation, enfin, des exemptions d'assiette de cotisations sociales par la création d'impositions de toute nature** (forfait social, contributions sur les « retraites chapeaux », contributions salariales et patronales sur les stock-options,...).

(5) La compensation des allègements de cotisations sociales

Enfin, l'« **Etat-financeur de la politique de l'emploi** » assure la compensation aux régimes de sécurité sociale des allègements et des exonérations de cotisations sociales décidés par l'Etat en vue de soutenir la politique de l'emploi.

Si les exonérations ciblées donnent lieu à compensation par crédits budgétaires (3,5 milliards d'euros en 2013), les allègements généraux de charges sociales et les exonérations partielles qui demeurent sur les heures supplémentaires sont compensés à la sécurité sociale par le mécanisme des « paniers fiscaux »<sup>1</sup> (soit, respectivement, 20,8 milliards d'euros et 500 millions d'euros en 2013).

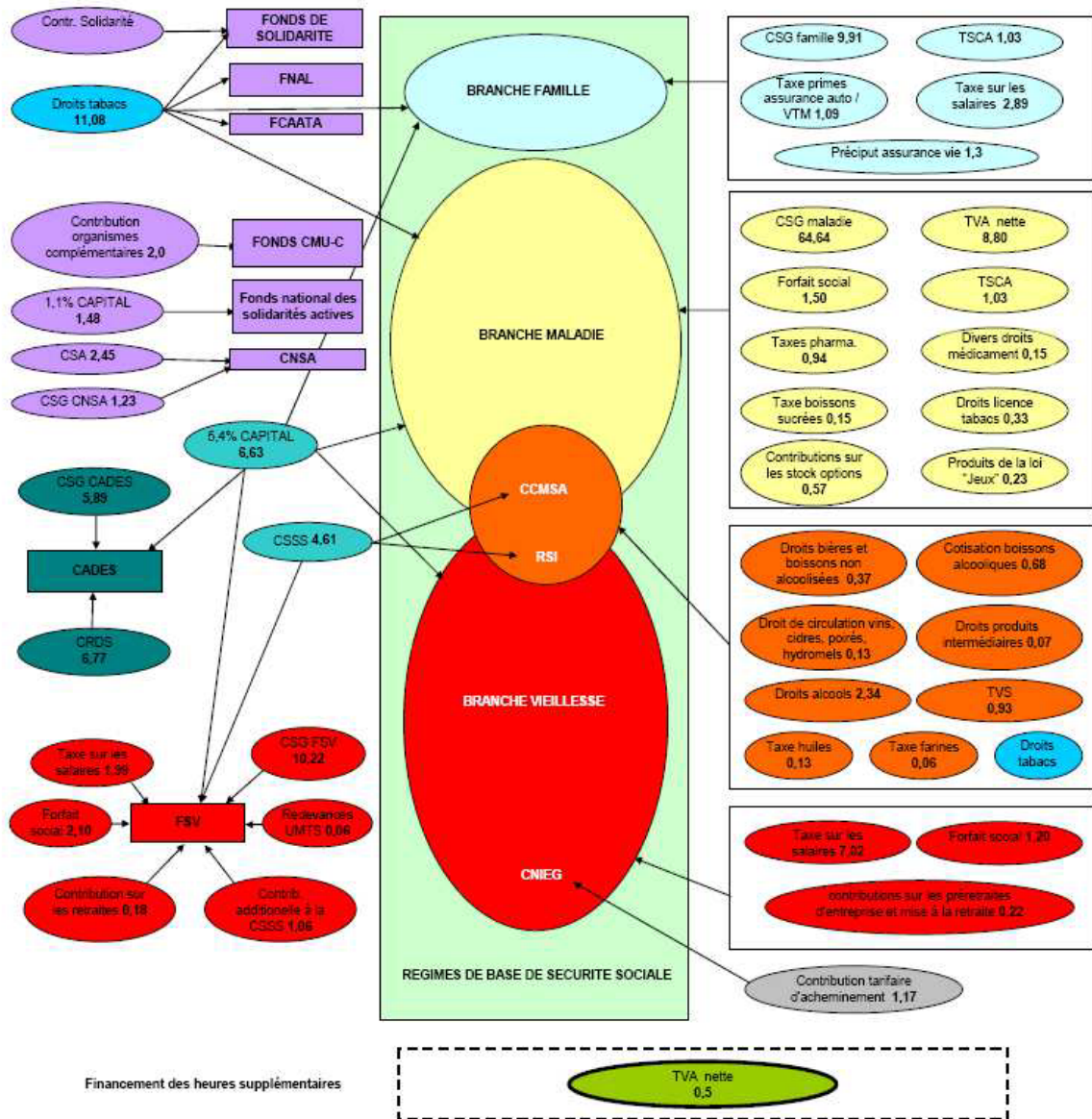
Le graphique ci-dessous retrace les impôts et taxes affectés aux organismes de protection sociale en 2013, avant adoption des mesures proposées dans le cadre du PLF et du PLFSS.

---

<sup>1</sup> Il est à rappeler que depuis 2011, les allègements généraux ne sont plus compensés en tant que tel par l'État. Le panier fiscal qui lui était auparavant destiné lui a été affecté de façon définitive et pour solde de tout compte.

## Impôts et taxes affectés aux organismes de protection sociale

PRINCIPAUX FLUX FINANCIERS ETAT-REGIMES DE PROTECTION SOCIALE EN 2013  
montants 2013 avant mesures PLF/PLFSS 2013 (en milliards d'euros)\*



Source : annexe au PLF pour 2013 – Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale

### b) Un manque de lisibilité selon la Cour des comptes

Dans son rapport de septembre 2012 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes a dressé un **bilan assez sévère** de ce qu'elle considère désormais comme le **troisième pilier de financement de la sécurité sociale** (les impôts et taxes affectés, à l'exception de la CSG et de la CRDS).

Selon la Cour, « *cet ensemble constitue désormais de facto, aux côtés des cotisations et de la CSG, un troisième pilier du financement de la sécurité sociale. Il se présente comme un **agrégat foisonnant**, principalement assis sur la consommation et dont le **dynamisme contrasté fragilise certains régimes et branches**. Il apparaît **instable**, d'une **lisibilité insuffisante**, peu responsabilisant dans ses modalités pour les organismes de sécurité sociale qui en bénéficient et la gestion de ces impôts, éclatée entre plusieurs administrations, n'est pas suffisamment transparente* ».

*c) Le dispositif proposé : vers une simplification ?*

L'**article 3** du présent projet de loi, qui doit se lire en « miroir » de l'article 38 du PLF pour 2013, opère des **réaffectations de recettes entre l'Etat, le Fonds national d'aide au logement (FNAL), le Fonds national des solidarités actives (FNSA), la CNAV, la CNAM et le Fonds « CMU »**. Ces réaffectations, présentées comme des mesures de simplification et de clarification, portent sur une **masse financière totale de plus d'un milliard d'euros**.

(1) Les réaffectations opérées par l'article 38 du PLF pour 2013

L'article 38 du PLF pour 2013 prévoit trois principales mesures :

1) **il affecte à la sécurité sociale 0,33 % de TVA nette en compensation des exonérations de cotisations patronales sur les heures supplémentaires effectuées dans les très petites entreprises**. En effet, si la loi de finances rectificative d'août 2012 avait maintenu le principe d'une compensation des exonérations résiduelles sur les heures supplémentaires, elle avait renvoyé la fixation de ses modalités techniques à la prochaine loi de finances ;

2) **il affecte à la CNAM une part supplémentaire de droit de consommation sur les tabacs (5,37 %)**, issue d'une part de la suppression de la part des droits de consommation sur les tabacs destinée à compenser une partie des exonérations sur les heures supplémentaires<sup>1</sup> et, d'autre part, de la suppression de la part de droits tabacs affectée au FNAL ;

3) **il réaffecte au fonds « CMU » l'ensemble du produit des taxes sur les boissons à sucre ajouté et les boissons à édulcorant**, jusqu'alors réparti entre l'Etat et la CNAM.

(2) Les réaffectations opérées par l'article 3 du présent projet de loi

L'**article 3** du présent projet de loi propose de modifier, à taux d'imposition constant, les prélèvements sur les revenus du capital ainsi que leur affectation.

---

<sup>1</sup> L'affectation à la sécurité sociale de cette fraction de droits tabacs consacrée à la compensation des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires n'est plus nécessaire à ce titre compte tenu de la réduction du champ de ces exonérations décidée en LFR d'août 2012.

Pour rappel, **les prélèvements sociaux sur les revenus du capital** et du patrimoine sont au nombre de **cinq** :

- la contribution sociale généralisée (CSG) au taux de 8,2 % (art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale) ;

- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) au taux de 0,5 % (art. 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) ;

- le prélèvement social au taux de 5,4 % (art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale) ;

- la contribution additionnelle au prélèvement social au taux de 0,3 % (contribution solidarité-autonomie), codifiée à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ;

- la contribution additionnelle au prélèvement social au taux de 1,1 % (contribution au financement du revenu de solidarité active), codifiée à l'article L. 262-24 du code précité.

L'**article 3** du présent projet de loi propose de :

1) **baiss**er de **5,4 % à 4,6 % le taux du prélèvement social** sur les revenus du capital **prévu à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale**, et, par conséquent, de **modifier sa clé de répartition** entre les différents organismes de sécurité sociale affectataires ; les parts affectées à la CNAM, à la CNAV et au FSV sont minorées comme suit :

#### **Répartition du prélèvement social sur les revenus du capital**

	<b>Ancienne répartition (2<sup>e</sup> LFR 2012)</b>	<b>Nouvelle répartition (PLFSS – version initiale)</b>
CNAMTS	0,60	0,15
CNAVTS	2,90	2,75
CNAF	0,30	0,30
CADES	1,30	1,30
FSV	0,30	0,10
<b>Total</b>	<b>5,40</b>	<b>4,60</b>

2) **supprimer la contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du capital de 1,1 % destinée au FNSA** ;

3) **en contrepartie du 1) et du 2) et afin de ne pas modifier le niveau équivalent d'imposition sur les revenus du capital, créer une nouvelle contribution** (un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine) ayant les mêmes caractéristiques que les deux précédentes (en termes d'assiette et de recouvrement), mais dont le taux est porté à **1,9 %**. Pour ce faire, un article 1600-0-S est introduit dans le code général des impôts.



### Prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Dispositif actuel		Dispositif proposé	
CSG	8,2 %	CSG	8,2 %
CRDS	0,5 %	CRDS	0,5 %
<b>Prélèvement social</b>	<b>5,4 %</b>	<b>Prélèvement social</b>	<b>4,6 %</b>
Contribution additionnelle au prélèvement social (contribution solidarité autonomie)	0,3 %	Contribution additionnelle au prélèvement social (contribution solidarité autonomie)	0,3 %
<b>Contribution additionnelle au prélèvement social (contribution au financement du revenu de solidarité active)</b>	<b>1,1 %</b>	<b>Prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine</b>	<b>1,9 %</b>
Total	15,5 %		15,5 %

Source : commission des finances

Ce nouveau prélèvement sera **affecté au FNAL (0,45 point) et au FNSA (0,35 point)**.

(3) Un bilan global loin d'être neutre pour les différents organismes concernés

Le tableau ci-après retrace l'impact des différentes mesures proposées par l'article 3 du présent projet de loi et de l'article 38 du PLF, pour chacun des organismes concernés.

Si **l'impact global** (toutes administrations publiques confondues) est **neutre**, en revanche, des « **gagnants** » et des « **perdants** » apparaissent, et au sein de ces deux catégories, en quelque sorte, de « **faux gagnants** » et de « **faux perdants** ». Il convient, en effet, de tenir compte d'autres dispositions proposées en PLF ou en PLFSS pour avoir une vision globale des flux financiers en jeu.

**Les principaux « gagnants » des articles 3 du PLFSS et 38 du PLF sont le FNAL, le FNSA et le Fonds CMU :**

- s'agissant du **FNAL**, il convient néanmoins de noter que si celui-ci perçoit 449 millions d'euros de ressources supplémentaires, **la contribution de l'Etat au fonds diminuera de 594 millions d'euros en 2013**. Le FNAL bénéficiera, par ailleurs, pour compenser la baisse de sa subvention, d'un prélèvement exceptionnel sur les versements des employeurs au titre de la participation à l'effort de construction (mission « Egalité des territoires, logement et ville ») ;

- en ce qui concerne le **FNSA**, l'augmentation de ses recettes de l'ordre de 480 millions d'euros permettra de financer l'extension de ses missions, à savoir **la prise en charge pérenne des primes de Noël versées aux bénéficiaires de différents dispositifs de solidarité** (article 70 du PLF pour 2013) ;

- quant au **fonds CMU**, la hausse de ses ressources devrait **compenser, pour partie, les dépenses supplémentaires que générera pour**

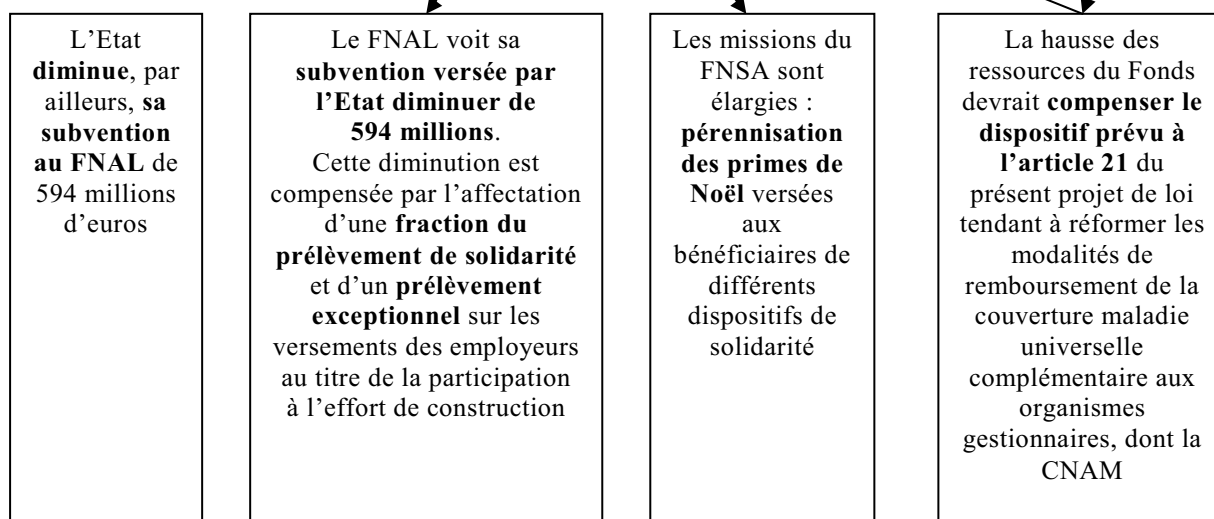
**le fonds le dispositif prévu à l'article 21** tendant à améliorer les modalités de remboursement de la couverture maladie universelle complémentaire aux organismes gestionnaires, notamment la CNAM. Grâce à cette mesure, la CNAM bénéficiera de 300 millions d'euros en provenance du Fonds CMU.

**Quant aux « perdants » des réaffectations de recettes introduites par le PLFSS et le PLF, il s'agit de l'Etat et de la branche « vieillesse » prise dans son sens large (CNAV et FSV).** S'agissant de l'Etat, il convient de rappeler que la hausse des recettes affectées au FNAL lui permet néanmoins de diminuer sa contribution au fonds.

**Impact de l'article 3 du PLFSS et de l'article 38 du PLF**

	<b>Etat</b>	<b>FNAL</b>	<b>FNSA</b>	<b>CNAM</b>	<b>CNAV</b>	<b>FSV</b>	<b>Fonds CMU</b>
TVA nette	- 189	-	-	+ 189	-	-	-
Droits tabacs	- 449	- 170	-	+ 619	-	-	-
Taxe sur les boissons à sucre ajouté	- 153	-	-	- 153	-	-	+ 306
Taxe sur les boissons à édulcorant	- 61	-	-	-	-	-	+ 61
<b>Bilan PLF 2013</b>	<b>- 852</b>	<b>- 170</b>	<b>-</b>	<b>+ 655</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>+ 367</b>
Prélèvement social	-	-	-	- 619	- 205	- 275	-
Prélèvement de solidarité	-	+ 619	+ 480	-	-	-	-
<b>Bilan PLFSS 2013</b>	<b>-</b>	<b>+ 619</b>	<b>+ 480</b>	<b>- 619</b>	<b>- 205</b>	<b>- 275</b>	<b>-</b>

<b>Total</b>	<b>- 852</b>	<b>+ 449</b>	<b>+ 480</b>	<b>+ 36</b>	<b>- 205</b>	<b>- 275</b>	<b>+ 367</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	-------------	--------------	--------------	--------------



Source : commission des finances

A l'initiative de notre collègue député, Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires

sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, présenté comme **une étape supplémentaire vers la « simplification »**, tendant à :

- porter le taux du nouveau prélèvement de solidarité de 1,9 % à 2 % et à diminuer le taux du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placements à due concurrence, celui-ci passant de 4,6 % à 4,5 % ;

- affecter la fraction supplémentaire de 0,1 point de prélèvement de solidarité ainsi créée au fonds de solidarité ;

- supprimer la part de la branche maladie dans la répartition du prélèvement social et, en conséquence, majorer celle affectée à la branche famille de 0,05 point, sachant que la perte de recettes pour la branche maladie est compensée par ailleurs (article 23 du projet de loi) par une majoration de sa part dans le produit du droit de consommation sur les tabacs à due concurrence de la diminution de celle affectée à la branche famille.

(4) Un objectif de simplification à relativiser

Le présent article est présenté comme une mesure de simplification des relations financières Etat-protection sociale. Il convient néanmoins de **relativiser** celle-ci :

- **ces réaffectations ne portent que sur un milliard d'euros, somme à mettre en regard des masses financières globales en jeu ;**

- au-delà de la compréhension des circuits de financement ainsi créés, la plus grande difficulté posée par ces mécanismes tient à **l'appréciation de leur évolution à long terme**. En effet, le rendement et le dynamisme des recettes affectées ne sont pas comparables, compte tenu notamment de leur assiette différente.

## **2. Transfert à la caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL) des réserves du fonds ATIACL et FCCPA (article 4)**

L'**article 4** du présent projet de loi propose de procéder au transfert, au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), de **690 millions d'euros** prélevés sur les réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité (ATIACL) et du fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA).

*a) La CNRACL est confrontée à un important déficit...*

La **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)** est le régime spécial de sécurité sociale chargé de l'assurance vieillesse et invalidité des **fonctionnaires territoriaux et hospitaliers**. Il s'agit d'un établissement public national créé en 1945 et géré par la Caisse des

Dépôts et Consignations (CDC). Au 31 décembre 2011, la Caisse comptait **2 337 578 cotisants** et **1 063 057 pensionnés**.

La CNRACL fonctionne selon le **principe de la répartition** : les cotisations versées par les actifs et leurs employeurs servent au paiement des prestations des retraités.

En 2010, la situation financière de la Caisse est devenue déficitaire, à hauteur de **490,8 millions d'euros**. Ce déficit a décliné à **375,1 millions d'euros** en 2011. Toutefois, celui-ci devrait atteindre **767 millions d'euros** en 2012, soit le double du déficit enregistré en 2011, et pourrait être de **1 250 millions d'euros** en 2013, selon l'évaluation préalable annexée au présent article<sup>1</sup>.

#### Evolution du déficit de la CNRACL (2010-2013)

(en millions d'euros)

2010	2011	2012(p)	2013(p)
490,8	375,1	767	1 250

(p) : données prévisionnelles

Source : Commission des finances (données CNRACL et annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013)

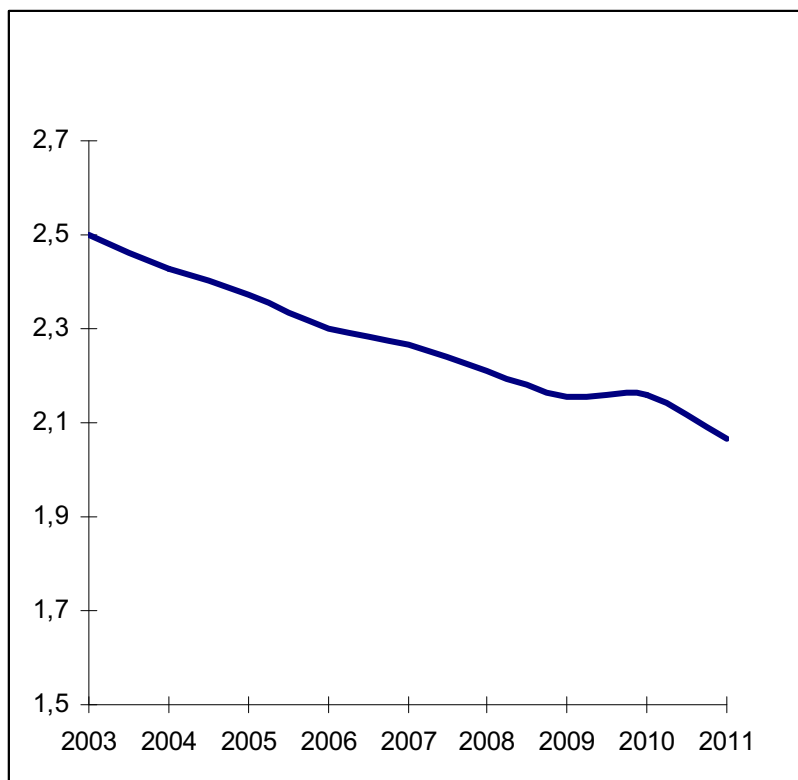
#### b) ...du fait d'une dégradation de son ratio démographique...

Les raisons de la dégradation des résultats de la CNRACL sont multiples. La première d'entre-elles réside dans **la dégradation du ratio cotisants/pensionnés** de la Caisse ; celui-ci est **passé de 2,50 à 2,06 entre 2003 et 2011**.

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, juillet 2012.

### Evolution du ratio cotisants/pensionnés de la CNRACL (2003-2011)

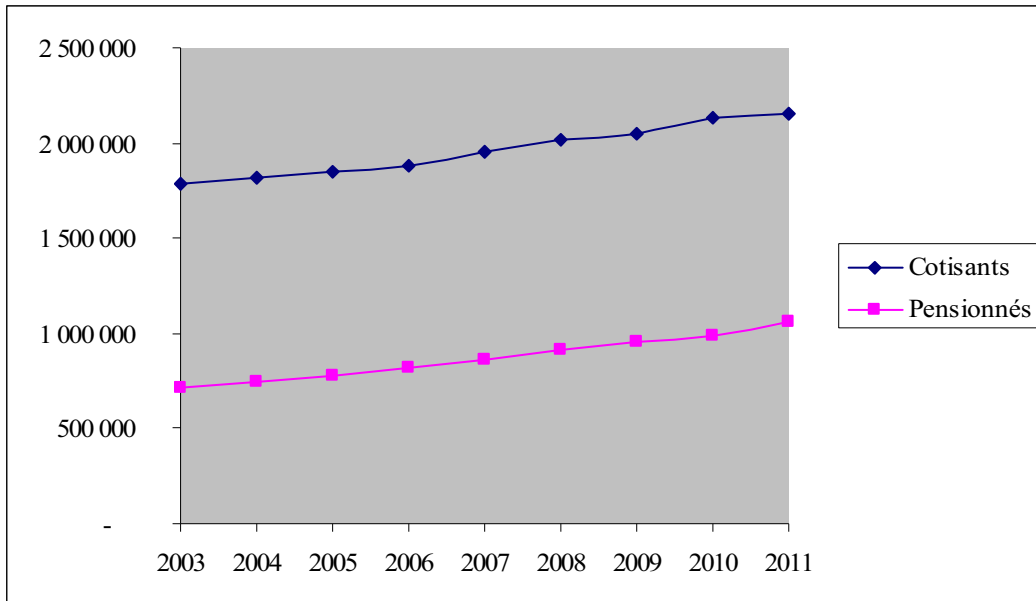


Source : Commission des finances (données du rapport d'activité 2011 de la CNRACL)

En effet, **l'effectif des cotisants a progressé de 20 % environ entre 2003 et 2011** alors que, sur la même période, celui des pensionnés a **augmenté de plus de 46 %**. Aussi l'évolution des ressources de la CNRACL est-elle nécessairement moins dynamique que celle de ses dépenses, conduisant à une dégradation de sa situation financière.

A titre d'illustration, entre 2010 et 2011, les cotisations reçues par la CNRACL ont connu une hausse de 2,6 %, alors que le montant des prestations sociales servies s'est accru de 7,6 %.

### Evolution de l'effectif des cotisants et pensionnés de la CNRACL (2003-2011)



Source : Commission des finances (données du rapport d'activité 2011 de la CNRACL)

Malgré tout, la Caisse **bénéficie d'une situation démographique relativement favorable**, en comparaison aux autres régimes. En effet, son ratio cotisants/retraités, de 2,06 en 2011, reste supérieur à celui du régime général, proche de 1,40.

La CNRACL bénéficie de la croissance de l'effectif des fonctionnaires territoriaux (+ 1,3 % en 2011), qui vient compenser la faible progression du nombre de fonctionnaires hospitaliers (+ 0,2 %) ; ainsi, au cours de l'exercice 2011, **le contingent des cotisants s'est accru de 0,7 %**.

En tout état de cause, **malgré une convergence progressive des cotisations et des prestations sociales en montant, leur solde reste jusqu'à présent positif**. En 2011, la CNRACL a servi 14 982,1 millions d'euros de prestations alors qu'elle a perçu pour 16 387,1 millions d'euros de cotisations, soit un **solde positif de 1 405 millions d'euros**.

*c) ...et du poids des transferts réalisés aux autres régimes*

**Le résultat déficitaire de la Caisse s'explique, dès lors, par le poids des transferts réalisés au profit des autres régimes**. Ces transferts sont de deux types :

- ceux réalisés au titre de la solidarité inter-régime, soit la **compensation inter-régime** ;

- ceux prévus par le dispositif de **neutralisation financière du coût des personnels de l'Etat intégrés dans la fonction publique territoriale à la**

**suite de la décentralisation**, institué par l'article 59 de la loi de finances pour 2010<sup>1</sup>.

(1) La compensation inter-régime

La **compensation inter-régime** désigne un ensemble de mécanismes de redistribution financière entre régimes obligatoires de sécurité sociale. Elle vise à aider les régimes en déclin démographique, de manière à ce qu'ils puissent maintenir le niveau de leurs prestations malgré un faible ratio cotisants/retraités.

LA CNRACL compte parmi les principaux régimes débiteurs en ce qui concerne l'assurance vieillesse<sup>2</sup>. **La contribution de la Caisse à la solidarité inter-régime s'est élevée à 1 690 millions d'euros en 2011**. Selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012, cette contribution devrait être de 1 373 millions d'euros en 2012 et de 1 419 millions d'euros en 2013.

(2) Le transfert prévu par l'article 59 de la loi de finances pour 2010

Le mécanisme de **neutralisation financière du coût des personnels de l'Etat intégrés dans la fonction publique territoriale à la suite de la décentralisation** représente également une charge conséquente pour la CNRACL.

Les modalités de transfert des fonctionnaires de l'Etat vers la fonction publique territoriale sont fixées par l'article 109 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales<sup>3</sup>. Les fonctionnaires de l'Etat remplissant les missions transférées aux collectivités territoriales pouvaient opter soit pour leur intégration à la fonction publique territoriale, soit pour leur détachement auprès de la collectivité avec le maintien de leur statut de fonctionnaire de l'Etat.

Ce droit d'option a eu les conséquences suivantes :

- **les fonctionnaires de l'Etat ayant opté pour le statut de fonctionnaire territorial ont été affiliés à la CNRACL à compter de la date de leur intégration dans un cadre d'emploi**. Les collectivités territoriales ont, depuis lors, versé la contribution employeur due à la CNRACL, cette dernière versant la pension des intéressés pour la totalité de leur carrière dans la fonction publique ;

- **les fonctionnaires de l'Etat ayant opté pour le maintien de leur statut sont restés affiliés au régime des pensions des fonctionnaires de l'Etat**. En application du principe de l'interpénétration des carrières, la pension des intéressés est versée par le budget de l'Etat pour la totalité de leur

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010.

<sup>2</sup> La CNRACL a versé 18 % des compensations prévues au titre de la solidarité inter-régime en 2011, étant le deuxième régime débiteur en montants après le régime général (64,5 %).

<sup>3</sup> Loi n° 2004-809.



carrière dans la fonction publique, les collectivités territoriales devant, quant à elles, s'acquitter de la contribution employeur due en cas de détachement.

Cette opération a eu pour conséquence **un surcroît de cotisations pour la CNRACL** du fait de l'intégration des fonctionnaires décentralisés aux cotisants. S'agissant du **régime des pensions des fonctionnaires de l'Etat**, celui-ci a accusé une **perte de cotisations immédiate** au titre des agents transférés alors qu'il doit toujours assurer le **paiement des pensions déjà liquidées** (y compris celles servies aux fonctionnaires retraités qui occupaient des emplois aujourd'hui décentralisés).

Afin de compenser cette perte importante de cotisations pour le régime des pensions de l'Etat, l'article 59 de la loi de finances pour 2010 précité a instauré un mécanisme visant à neutraliser, chaque année, l'impact des transferts pour l'Etat et la CNRACL :

- en premier lieu, **l'Etat rembourse les pensions versées par la CNRACL pour les agents ayant effectué une partie de leur carrière pour l'Etat** ;

- réciproquement, **la CNRACL reverse à l'Etat les cotisations et contributions assises sur les traitements de ces agents qui seraient revenues à l'Etat si les agents n'avaient pas été décentralisés.**

Actuellement, le montant versé par la CNRACL à l'Etat pour compenser la perte de cotisations de celui-ci est supérieur au transfert réalisé par ce dernier pour rembourser la part des pensions servies aux agents territoriaux au titre de leur carrière dans la fonction publique d'Etat. Selon les prévisions disponibles, ce mécanisme de neutralisation conduira à ce que **la CNRACL supporte une charge nette jusqu'en 2021** compris. **A compter de 2022, cette charge s'inversera au détriment de l'Etat** qui deviendra contributeur net à l'égard de la Caisse.

En 2011, la charge nette pour la CNRACL a été de **283,1 millions d'euros**<sup>1</sup>.

En conclusion, **les transferts nets au titre de la compensation inter-régime et du dispositif de neutralisation financière du coût des personnels de l'Etat intégrés dans la fonction publique territoriale ont représenté un total de 1 973,1 millions d'euros en 2011**, expliquant la majeure partie de la situation déficitaire de la CNRACL.

*d) Le transfert des réserves de fonds excédentaires à la CNRACL*

Afin de réduire le déficit de la CNRACL, qui pourrait atteindre 1 300 millions d'euros en 2013, le présent article propose de transférer à celle-ci une partie des réserves de deux fonds fortement excédentaires, pour un montant de **690 millions d'euros**.

---

<sup>1</sup> Au titre de l'exercice 2011, la CNRACL a effectué un transfert de 670,0 millions d'euros alors que, dans le même temps, l'Etat lui transférait 386,9 millions d'euros.

Les fonds concernés sont le fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) et le fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA). Tous deux disposent d'**importantes réserves**.

(1) Le fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales

En ce qui concerne le **fonds ATIACL**, celui-ci a pour mission d'assurer le financement de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) servie aux agents affiliés à la CNRACL en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle<sup>1</sup>. Le fonds est financé par les cotisations à la charge des collectivités territoriales et de leurs établissements ; leur taux est fixé à 0,5 % depuis 1982.

Le fonds ATIACL bénéficie de ressources supérieures à ses emplois, lui permettant d'afficher un **résultat net positif substantiel**. Celui-ci a été de **79,7 millions d'euros en 2011**. Le fort excédent structurel des ressources sur les emplois<sup>2</sup> a permis au fonds de constituer d'importantes réserves. Aussi **son bilan laisse-t-il apparaître un report à nouveau de 380,1 millions d'euros en 2011**.

#### Evolutions financières du fonds ATIACL (2010-2013)

(en millions d'euros)

	Réalisation		Tendance	
	2010	2011	2012	2013
<b>Total des emplois</b>	144,1	148,8	154,8	160,9
<b>Total des ressources</b>	221,0	228,5	230,1	237,3
<b>Résultat net</b>	76,9	79,7	75,3	76,4

Source : commission des finances (données du rapport d'activité 2011 du fonds ATIACL)

(2) Le fonds de compensation de la cessation progressive d'activité

Le **FCCPA** supporte une partie des dépenses relatives à la **cessation progressive d'activité** (CPA), qui permet aux agents des collectivités territoriales d'exercer leurs fonctions à temps partiel, de manière dégressive

<sup>1</sup> L'ATIACL a été créée par la loi n° 61-1393 du 20 décembre 1961 de finances rectificative pour 1961. La gestion du fonds est assurée par la Caisse des Dépôt et Consignations (CDC).

<sup>2</sup> A titre indicatif, en 2011, l'ATIACL a reçu 223 millions d'euros de cotisations et n'a versé que 142,2 millions d'euros de prestations.

(80 % à 60 %) ou fixe (50 %)<sup>1</sup>. Les collectivités supportent les surcoûts dus aux cessations progressives d'activité en versant aux agents concernés la totalité de leur rémunération en fonction du régime de travail choisi ; toutefois, **le FCCPA leur rembourse ces surcoûts à hauteur des deux tiers**.

La cessation progressive d'activité a été supprimée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites<sup>2</sup>. Toutefois, tous les agents admis en CPA avant l'entrée en vigueur de la loi précitée conservent le bénéfice de ce dispositif. Par conséquent, **le fonds doit continuer à rembourser aux collectivités territoriales les deux tiers des surcoûts financiers qui sont à leur charge jusqu'à l'expiration des droits du dernier bénéficiaire**.

Du fait de la suppression de la CPA, le FCCPA ne perçoit plus de cotisations depuis 2011. Cependant, **le fonds a bénéficié, par le passé, d'importants excédents qui lui ont permis d'accumuler des réserves conséquentes**.

#### Evolution financière du FCCPA (2010-2013)

(en millions d'euros)

	Réalisation		Tendance	
	2010	2011	2012	2013
<b>Total des emplois</b>	23,9	1,4	1,0	0,8
<b>Total des ressources</b>	134,0	23,1	1,3	1,2
<b>Résultat net</b>	110,1	21,7	0,3	0,4

Source : commission des finances (données du rapport d'activité 2011 du FCCPA)

Ainsi, en 2011, **le FCCPA dispose de réserves pour 267,6 millions d'euros** ; ce montant est bien supérieur à ce dont le fonds a besoin pour assurer le financement des prestations dues jusqu'à l'expiration des droits des derniers bénéficiaires de la CPA.

---

<sup>1</sup> Le FCCPA a été créé par l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 relative à la cessation progressive d'activité des agents titulaires des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif. Le fonds est géré par la Caisse des Dépôt et Consignations (CDC).

<sup>2</sup> Cf. Article 54 de la loi n° 2010-1330 portant réforme des retraites.

(3) Des transferts soutenable pour le fonds ATIACL et le FCCPA

Le présent article propose donc de transférer au profit de la CNRACL :

- **450 millions d'euros** des réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) ;

- **240 millions d'euros** des réserves du fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA).

Ces transferts devraient être soutenable pour les fonds concernés. En effet, **les réserves du fonds ATIACL devraient atteindre 455,4 millions d'euros à la fin de l'exercice 2012**. Au regard des prévisions disponibles, le fonds devrait avoir reconstitué des réserves de près de 82 millions d'euros fin 2013.

**Le FCCPA, quant à lui, conserverait après le transfert une réserve de 28,3 millions d'euros**, selon les données prévisionnelles. Aussi sera-t-il en mesure d'assurer le financement des prestations qu'il doit encore servir.

*e) Des transferts indispensables à la trésorerie de la CNRACL*

Du fait de sa situation fortement déficitaire, la CNRACL rencontre d'importantes difficultés pour couvrir ses besoins de trésorerie. Alors que ces derniers étaient auparavant couverts par les réserves de la Caisse, il a été nécessaire de relever son plafond d'emprunt de 400 millions d'euros en 2011 à 1 450 millions d'euros en 2012.

En effet, les réserves de la CNRACL sont passées de 2 160 millions d'euros en 2010 à 1 669 millions d'euros en 2011. Dans la mesure où le déficit prévisionnel pour 2012 est évalué à 750 millions d'euros environ, **ces réserves devraient atteindre 543,9 millions d'euros à la fin de l'exercice**.

En 2012, les besoins de trésorerie sont couverts par une mise à disposition temporaire et rémunérée des réserves du fonds ATIACL à hauteur de 380 millions d'euros, complétée par un prêt de la Banque postale. Par ailleurs, la Caisse des Dépôts et Consignations intervient pour couvrir les pics de trésorerie.

Toutefois, ces dispositions de trésorerie prendront fin en décembre 2012, date à laquelle la CNRACL aura remboursé le fonds ATIACL, la Banque postale et la Caisse des Dépôts et Consignations. **Les besoins de trésorerie n'étant, par conséquent, pas assurés en 2013**, il importe de prendre des mesures de financement. Celles-ci portent sur le transfert des excédents des fonds ATIACL et FCCPA mais également sur une **augmentation du taux de la contribution employeur<sup>1</sup>, par voie de décret, perçue par la CNRACL à hauteur de 630 millions d'euros**.

---

<sup>1</sup> Le taux de cette contribution est de 27,30 %, inchangé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### Evolution du taux de la contribution employeur à la CNRACL

Année	Taux
Du 1 <sup>er</sup> janvier 2005 au 31 octobre 2012	27,30 %
Du 1 <sup>er</sup> novembre 2012 au 31 décembre 2013	27,40 %
2014	27,45 %
2015	27,50 %
A compter de 2016	27,55 %

Source : Caisse des Dépôts et Consignations

### **B. LES MESURES RELATIVES AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS (ARTICLE 11)**

Comme l'indique l'étude d'impact relative à l'article 11 du présent projet de loi, les **2,6 millions de travailleurs indépendants non agricoles** (dont 800 000 auto-entrepreneurs) recouvrent des **professions très hétérogènes** (artisans, commerçants, professions libérales, gérants de société...).

Cet article propose de **pallier certaines inégalités qui demeurent entre les ressortissants du régime des travailleurs indépendants et les autres régimes de sécurité sociale, ainsi qu'au sein même du régime social des indépendants.**

#### **1. Déplafonnement de la cotisation maladie et introduction d'une réduction dégressive de la cotisation minimale maladie**

En vertu de l'article L. 612-4 de la sécurité sociale, **les cotisations « maladie »** des ressortissants du régime social des indépendants sont fixées dans la limite d'un **plafond déterminé par décret**. Le régime des travailleurs indépendants non agricoles est le seul régime où s'applique encore ce plafonnement s'agissant des cotisations maladie.

Le taux des cotisations « maladie » des travailleurs indépendants est ainsi aujourd'hui de **6,5 %**, calculé comme suit :

- 0,6 % dans la limite de 36 372 euros (soit un plafond de la sécurité sociale ou PASS) ;
- et 5,9 % dans la limite de 5 PASS (181 860 euros).

Au-delà de 5 PASS, les revenus ne sont plus assujettis aux cotisations.

La **cotisation maximale annuelle** est donc de **10 948 euros** environ [(36 372\*0,60 % = 218,2 euros) + (181 860\*5,9 % =10 730) = 10 948 euros].

Une **cotisation minimale forfaitaire** d'un montant de **945 euros** est, par ailleurs, prévue pour les travailleurs dont les revenus sont déficitaires ou inférieurs à 40 % du PASS (soit 14 549 euros en 2012).

L'**article 11** du présent projet de loi **propose, en premier lieu, de supprimer le dispositif de plafonnement** ; un seul taux, fixé par décret, s'appliquera désormais à la totalité du revenu d'activité déclaré par le travailleur indépendant, soit un taux de 6,5 % selon l'étude d'impact. Ce dispositif devrait générer une **recette de 410 millions d'euros**.

L'article maintient, en second lieu, le principe d'une cotisation minimale maladie, mais instaure un mécanisme de **réduction linéairement dégressive de cette cotisation pour les faibles revenus**.

Cette réduction sera maximale pour les revenus d'activité négatifs ou nuls, soit 307 euros selon l'étude d'impact ; la cotisation minimale due sera alors de 638 euros. La réduction s'annulera pour les revenus atteignant le niveau de l'assiette minimale de cotisations (14 549 euros).

Deux limites à ce dispositif sont, en outre, introduites :

- d'une part, cette réduction ne peut **pas être cumulée avec d'autres dispositifs de réduction ou d'abattement** (notamment la réduction dont peuvent bénéficier les cotisants en début d'activité) ;

- d'autre part, la définition du chiffre d'affaires retenu permettra d'exclure les personnes qui utilisent des pratiques comptables et fiscales de nature à minorer leur revenu d'activité.

Selon les données de l'étude d'impact, le **coût** de ce dispositif s'élèverait à **90 millions d'euros en 2013**.

## **2. Suppression de la déduction pour frais professionnels**

Les travailleurs indépendants dont la rémunération est soumise à l'impôt sur le revenu au titre de la catégorie des « traitements et salaires » peuvent aujourd'hui **déduire de leur assiette fiscale leurs frais professionnels** (abattement forfaitaire de 10 % ou déduction des frais réels).

Or les **cotisations sociales** des indépendants non agricoles sont assises **sur le revenu d'activité retenu pour le calcul de l'impôt**, donc le revenu dont il est déduit les frais professionnels. Ces dispositions permettent ainsi d'opérer **deux déductions au titre des frais professionnels** (une déduction de l'assiette fiscale et une déduction de l'assiette sociale).

La soumission de leurs rémunérations à l'impôt sur le revenu permet aussi aux travailleurs indépendants de bénéficier du dispositif de déduction, pour leur montant réel, des frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société.

L'article 11 du présent projet de loi propose de **ne plus tenir compte des déductions pour frais professionnels dans le revenu retenu pour le calcul des cotisations sociales**, autrement dit de réintégrer les frais professionnels dans l'assiette de cotisations sociales. Il propose le même mécanisme pour les frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société.

Selon l'étude d'impact, le gain attendu de cet élargissement d'assiette s'élève à **575 millions d'euros**.

### **3. Assujettissement des revenus distribués aux cotisations sociales**

**Actuellement, il existe une différence de traitement entre les sociétés d'exercice libéral (SEL) (cf. encadré suivant) et les autres sociétés, s'agissant de leurs revenus distribués** (soit les bénéfices ou produits qui ne sont pas mis en réserve ou incorporés au capital, les sommes ou valeurs mises à la disposition des associés, actionnaires...).

Ainsi, **les revenus distribués par les SEL sont soumis à cotisations et contributions sociales, et donc assimilés à des revenus du travail**, quand ils représentent plus de 10 % des capitaux propres de la société.

**Dans les autres types de sociétés**, les revenus distribués sont assimilés à des revenus du capital et donc soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, au taux global de 15,5 %.

L'article 11 du présent projet de loi propose d'**élargir, à l'ensemble des sociétés, quelle que soit leur forme juridique, le dispositif en vigueur aujourd'hui dans les seules SEL**. Désormais, si les dividendes versés dépassent 10 % des capitaux propres, ils sont réintégrés dans l'assiette des cotisations sociales, et donc assimilés à des revenus du travail et non plus à des revenus du capital.

Cette mesure devrait apporter **75 millions d'euros** de recettes nouvelles.

### Définition des sociétés d'exercice libéral (SEL)

Les SEL sont définies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales.

Elles offrent la possibilité aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux telles que :

- les sociétés à responsabilité limitée, et notamment des sociétés unipersonnelles ;
- les sociétés anonymes (sous leurs deux formes : société à conseil d'administration et société à directoire et conseil de surveillance) ;
- les sociétés en commandite par actions ;
- les sociétés par actions simplifiées.

## 4. Hausse des taux forfaitaires de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs

Le régime micro-social simplifié ou régime de l'auto-entrepreneur a été introduit par la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. **Son bénéfice est subordonné à l'option pour le régime fiscal de la micro-entreprise.** Il est donc soumis aux mêmes plafonds de chiffre d'affaires et de recettes que ceux prévus par le code général des impôts<sup>1</sup>.

Ce régime concerne aujourd'hui **800 000 travailleurs indépendants** (professions artisanales et commerciales ou professions libérales relevant de la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse - CIPAV).

Comme le rappelle l'annexe 5 au présent projet de loi, ce dispositif poursuit trois objectifs :

- « *constituer un tremplin pour le développement de l'activité non salariée, en proposant un système simplifié et adapté à la naissance et à la croissance des entreprises individuelles dans leurs premières années d'existence ;* »

- « *permettre à des actifs occupés (salariés, fonctionnaires) ou non occupés (chômeurs) et à des inactifs (retraités, étudiants) de compléter leurs revenus via l'exercice d'une petite activité non salariée ;* »

- « *légaliser une partie de l'activité dissimulée* ».

---

<sup>1</sup> Ce statut s'applique tant que le chiffre d'affaires annuel hors taxe (CAHT) annuel ne dépasse pas les seuils du régime fiscal de la micro-entreprise : 81 500 euros pour les activités de commerce et de fourniture de logement (hôtels, chambres d'hôtes, gîtes ruraux, meublés de tourisme), 32 600 euros pour les prestations de service et les professions libérales relevant des BNC et des BIC. Si le CAHT dépasse les seuils autorisés, sans toutefois dépasser respectivement 89 600 euros et 34 600 euros, il est possible de conserver ce statut l'année de dépassement des seuils et les deux années civiles suivantes.



Aux termes des articles L. 133-6-8 et suivants du code de la sécurité sociale, le régime de l'auto-entrepreneur permet **un règlement libératoire de l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale théoriquement dues, via le versement d'un montant égal à un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes des travailleurs indépendants** :

- 12 % pour les activités d'achat/revente ou de fourniture de logement ;
- 21,3 % pour les autres activités (prestations de services commerciales ou artisanales) ;
- 18,3 % pour les professions libérales.

Comme l'indique la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2011, « *ces taux sont inférieurs (en moyenne de 15 %) aux taux applicables aux travailleurs indépendants dans le droit commun* ».

La perte de recettes qui en résulte pour la sécurité sociale est partiellement compensée par l'Etat, par le biais de dotations budgétaires retracées au sein du programme « Accompagnement des mutations économiques » de la mission « Travail et emploi ».

L'**article 11** du présent projet de loi pose le principe selon lequel doit être désormais garanti **un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées par les auto-entrepreneurs et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants**.

Selon l'étude d'impact, sur ce fondement législatif, les taux appliqués aux auto-entrepreneurs seront relevés par décret :

- de 12 % à 14 % pour les commerçants ;
- de 21,3 % à 24,6 % pour les artisans ;
- de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux.

Le rendement de la mesure est évalué à **130 millions d'euros**. Les pertes de recettes résultant du dispositif actuel étant compensées par l'Etat, la mesure est neutre pour la sécurité sociale, mais constitue une économie pour l'Etat.

L'Assemblée nationale a adopté :

- plusieurs amendements rédactionnels, à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales ;

- un amendement, à l'initiative du Gouvernement, tendant à indiquer explicitement que l'introduction d'une réduction linéairement dégressive de la cotisation minimale maladie des travailleurs indépendants constitue une exonération de cotisations sociales non compensée par l'Etat. L'étude d'impact précisait déjà ce point. Cependant, il résulte des articles LO 111-3

(IV) et L. 131-7 (dernier alinéa) du code de la sécurité sociale que, pour qu'une mesure d'exonération ne donne pas lieu à une telle compensation, une disposition législative doit le prévoir expressément.

### Impact global de l'article 11

(en millions d'euros)

Dispositif	« Bénéficiaires »	Impact
Déplafonnement de la cotisation maladie	RSI et FSV	+ 410
Exonération de cotisation minimale maladie	RSI et FSV	- 90
Suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette de cotisations sociales	Tous les régimes d'indépendants non agricoles, FSV, CNAM, CNAF, CADES, CNSA	+ 575
Extension du régime social des SEL en matière de revenus distribués	Tous les régimes d'indépendants non agricoles	+ 75
Relèvement des taux de cotisations des auto-entrepreneurs	Etat (moindre compensation de la sécurité sociale)	+ 130
Total		+ 1 100

Source : étude d'impact au présent projet de loi

## 5. Position de votre rapporteur pour avis

**Votre rapporteur pour avis approuve l'ensemble de ces mesures qui introduisent plus d'équité entre les ressortissants des différents régimes de sécurité sociale et au sein même du régime des travailleurs indépendants non agricoles.**

**L'effort est loin d'être négligeable – 1,1 milliard d'euros toutes administrations publiques confondues.** Mais il s'effectue **dans l'équité**. Alors que le déplafonnement de la cotisation maladie permettra de faire contribuer les travailleurs indépendants à hauteur de leurs moyens pour les plus aisés d'entre eux, l'introduction d'une réduction dégressive de la cotisation minimale maladie bénéficiera aux travailleurs indépendants aux revenus les plus modestes.

Ainsi, comme l'indique le dossier de presse du Gouvernement, **si ces mesures accroîtront les prélèvements de 850 000 travailleurs** (notamment à cause du déplafonnement de la cotisation maladie), **elles les allègeront également pour 450 000 autres** (grâce à l'introduction de la réduction dégressive de la cotisation maladie minimale). C'est sans doute ce qui explique en partie le vote favorable du conseil d'administration du régime social des indépendants sur le présent projet de loi.

S'agissant de l'extension à l'ensemble des sociétés, quelle que soit leur forme juridique, des règles applicables aujourd'hui aux seuls revenus distribués par les SEL, elle constitue également une mesure d'harmonisation

bienvenue. **Quand un certain pourcentage du chiffre d'affaires est versé sous forme de dividendes (au delà de 10 % des capitaux propres de la société), il est possible de considérer qu'il ne s'agit plus de revenus du capital mais de revenus salariaux.** En tout état de cause, la différence actuelle de traitement entre les SEL et les autres sociétés ne peut se justifier.

Enfin, en ce qui concerne le relèvement des cotisations des auto-entrepreneurs à un niveau équivalent à celui des autres travailleurs indépendants, **cette mesure permettra également d'éviter les distorsions** de concurrence entre les différentes formes d'exercice de l'activité indépendante, tout en maintenant une certaine attractivité pour ce régime (déclaration et paiement des cotisations sociales simplifiés, acquittement de l'impôt sur le revenu sous forme de versement libératoire).

### **C. LES MESURES RELATIVES AU « SECTEUR FINANCIER »**

#### **1. Simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) (article 12)**

L'article 12 du présent projet de loi propose, dans la lignée des mesures adoptées en LFSS pour 2012, **d'harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité des entreprises (C3S) appliquée au secteur assurantiel et de compléter les principes de son affectation.**

##### *a) Une clarification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances*

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), créée en 1970, assujettit les entreprises **au taux de 0,13 % de leur chiffre d'affaires lorsque celui-ci dépasse 760 000 euros sur l'année.** La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a, par ailleurs, créé la C3S additionnelle au taux de 0,03 % assise sur la même assiette que la C3S « classique ».

Selon les données du ministère chargé du budget, la C3S a concerné près de **300 000 entreprises** en 2011 et présente un rendement de **5,3 milliards d'euros pour la sécurité sociale.**

Son assiette générale est constituée du « *chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées* ».

(1) Une première clarification de l'assiette de la C3S pour le secteur financier en LFSS pour 2012

Initialement, une base imposable propre au secteur financier avait été adoptée du fait de la spécificité des établissements bancaires. Elle était constituée de l'agrégat « chiffre d'affaires + produits d'exploitation ». Or les

produits d'exploitation étant mal définis pour le secteur financier, il en résultait des pratiques hétérogènes selon l'établissement redevable.

Afin de mettre un terme aux différences de pratiques des entreprises du secteur financier et de limiter ainsi les possibilités d'optimisation, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a proposé de clarifier l'assiette de la C3S, et par conséquent, celle de la C3S additionnelle, applicable aux entreprises du secteur financier.**

Pour ce faire, l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la LFSS pour 2012, se réfère désormais à la définition du chiffre d'affaires des établissements de crédit et des entreprises d'investissement donnée par le code général des impôts (1° du III de l'article 1586 *sexies*) et applicable à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

Les opérations sur instruments à terme et sur devises ne sont retenues dans le chiffre d'affaires que pour leur **montant net** (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés).

Par ailleurs, a été instauré pour ces entreprises un « *dispositif de plafonnement de la contribution* », à l'instar de ce que prévoyait déjà le code de la sécurité sociale pour d'autres activités (article L. 651-3). La C3S est ainsi limitée à 1,6 % du produit net bancaire (PNB – agrégat pouvant se rapprocher de la valeur ajoutée produite).

(2) Une clarification de l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, votre rapporteur pour avis avait noté que **les mêmes ajustements pouvaient être envisagés**, comme le suggérait d'ailleurs l'étude d'impact de l'époque, **s'agissant des sociétés d'assurance.**

L'article 12 du présent projet de loi procède à ces ajustements :

1) dans la liste des secteurs assujettis à la C3S, seront désormais distingués, d'une part, le secteur bancaire – qui a fait l'objet de mesures d'ajustement l'année dernière – et, d'autre part, le secteur assurantiel, celui-ci comprenant à la fois les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyances, régies par des codes spécifiques ;

2) s'agissant de l'assiette de la contribution, deux modifications sont apportées :

- d'une part, **une assiette unique est introduite pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance**, alors qu'aujourd'hui l'article L. 641-5 du code de la sécurité sociale mentionne deux assiettes différentes, l'une appliquée aux sociétés d'assurance, l'autre aux mutuelles et instituts de prévoyance ;

- d'autre part, comme cela avait été fait en LFSS pour 2012 pour les établissements de crédits, **l'assiette de la C3S** se réfère à la définition du chiffre d'affaires des sociétés d'assurance, des mutuelles et des instituts de

prévoyance, donnée par le code général des impôts (1 du VI de l'article 1586 *sexies*) et applicable à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE), à savoir :

- « *les primes ou cotisations* ;
- « *les autres produits techniques* ;
- « *les commissions reçues des réassureurs* ;
- « *les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions* ;
- « *et les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun* ».

**La nouvelle assiette de la C3S sera donc plus large que celle en vigueur aujourd'hui**, puisque seront dorénavant notamment inclus les ajustements dits ACAV (assurance à capital variable) et les commissions reçues des réassureurs.

Deux aménagements sont, en outre, prévus :

- d'une part, comme pour les établissements bancaires, **les opérations sur instruments à terme et sur devises ne sont retenues dans le chiffre d'affaires que pour leur montant net** (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés) ;

- d'autre part, est **maintenue l'exclusion**, aujourd'hui en vigueur, **des primes et cotisations provenant de contrats de complémentaire santé « solidaires et responsables » de l'assiette de la C3S**.

*b) Une clarification de l'affectation du produit de la C3S*

La C3S est affectée au financement des régimes de base du régime social des indépendants (RSI), de la branche maladie du régime des non salariés agricoles et du FSV, selon les principes suivants :

- conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, **le RSI bénéficie d'une attribution annuelle de C3S dans la limite de son déficit comptable**. Comme l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d'octobre 2012, « *en pratique, et compte tenu du fait que ces régimes n'ont pas d'autorisation d'emprunt, le montant maximum est attribué au RSI (sous forme d'acomptes tout au long de l'année pour répondre au besoin de trésorerie de ces régimes)* » ;

- **le régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics** bénéficie également, mais dans une moindre mesure, d'une part de C3S pour couvrir ses dépenses ;

- la loi de financement pour 2011 a, quant à elle, prévu **l'affectation à la branche maladie des exploitants agricoles d'une quote-part de C3S de 30,89 %**, afin de compenser les pertes de recettes de la branche consécutives à la suppression de la compensation généralisée maladie (le principal contributeur aux transferts de compensation maladie était le RSI ; la suppression de ce mécanisme a donc conduit à une amélioration de son solde comptable, et par là même, compte tenu du dispositif présenté ci-dessus, une diminution de la C3S nécessaire pour l'équilibrer) ;

- **le FSV bénéficie**, quant à lui, depuis 2011 **de la totalité du rendement de la C3S additionnelle et, le cas échéant, de l'excédent de C3S non affecté** au RSI et à la branche maladie des exploitants agricoles.

### Attribution de C3S

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013
<b>Ressources (1)</b>	<b>4 328</b>	<b>4 537</b>	<b>4 624</b>
C3S	4 306	4 519	4 605
Produits financiers	22	18	18
<b>Emplois (2)</b>	<b>4 328</b>	<b>4 537</b>	<b>4 624</b>
RSI – maladie	720	985	1 136
RSI – vieillesse commerçants	790	911	930
RSI – vieillesse artisans	882	945	1 063
RCEBTP	32	33	32
Gestion administrative	11	11	11
CCMSA – NSA – maladie	1 325	1 402	1 428
FSV	569	250	23
<b>Solde (1)-(2)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012

**En revanche, n'a pas été réglée la question de l'attribution des produits financiers résultants des placements de C3S par le RSI**, de l'ordre de 20 millions d'euros en 2011 selon l'étude d'impact relative au présent article.

En effet, afin de faire face à d'éventuelles difficultés de recouvrement et de trésorerie, et afin de garantir l'équilibre de ses comptes *via* cette seule ressource, le RSI a mis en réserve, en 2010, 178 millions d'euros.

La question de l'attribution des produits financiers résultant de ces placements ne s'est posée qu'en 2011, date à laquelle ils ont pu être identifiés grâce à des principes comptables clarifiés.

L'article 12 du présent projet de loi propose de **prévoir explicitement l'affectation au FSV**, bénéficiaire du solde de C3S après répartition du produit de cette contribution entre régimes attributaires, **des produits financiers résultant des placements de C3S**. Cette affectation s'appliquerait dès l'exercice 2012.

Outre trois amendements de précision, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement tendant à :

- **exclure de l'assiette de C3S les reprises sur réserves sur capitalisation ;**

- **ne comptabiliser, dans le chiffre d'affaires, les ajustements sur opérations à capital variable que pour leur montant net.**

*c) La position de votre rapporteur pour avis*

**Votre rapporteur pour avis approuve ces mesures d'harmonisation techniques** qu'il avait, pour partie, appelées de ses vœux à l'automne dernier.

Ces mesures présentent cependant un rendement relativement modeste, de l'ordre de **55 millions d'euros**.

Il convient de noter que le RSI ne bénéficiera pas de cette mesure puisque conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, ce régime ne reçoit une attribution annuelle de C3S que dans la limite de son déficit comptable.

## **2. Modernisation de l'assiette de la taxe sur les salaires et renforcement de sa progressivité (article 13)**

L'article 13 du présent projet de loi propose d'**élargir l'assiette de la taxe sur les salaires et d'ajouter une tranche supplémentaire d'imposition**.

*a) Une imposition complémentaire de la TVA*

La taxe sur les salaires (TSS) est due par les employeurs qui ne sont pas redevables de la TVA sur la totalité de leur chiffre d'affaires.

### **• Assujettissement à la taxe sur les salaires**

En application de l'article 231 du code général des impôts (CGI), seuls sont imposables à la TSS **les employeurs qui ne sont pas assujettis à la TVA ou qui ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires** au titre de l'année précédant celle du paiement des rémunérations.

Plusieurs cas d'exonérations sont prévus aux articles 231 et suivants du CGI (*cf.* encadré ci-après). **En sont notamment exonérés l'Etat, les collectivités locales et les employeurs de salariés à domicile.**

À l'inverse, certains établissements publics, les établissements de santé (hôpitaux, laboratoires, maisons de retraite), les professions libérales (notamment médicales et paramédicales), les établissements d'enseignement privé et les associations régies par la loi 1901 (notamment celles à caractère social, culturel ou sportif) doivent s'acquitter de la taxe sur les salaires.



### Les exonérations de TSS

Sont notamment exonérés :

- les **rémunérations payées par l'État** sur le budget général lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence ;

- les **allocations d'assurance et de solidarité versées aux travailleurs involontairement privés d'emploi** ainsi que les allocations de remplacement pour l'emploi ;

- les **rémunérations versées aux apprentis** par les entreprises dont l'effectif moyen est inférieur ou égal à 10 salariés ;

- la fraction du salaire versé aux apprentis par les entreprises (autres que celles mentionnées ci-dessus) égale à 11 % du SMIC.

- la **rémunération versée aux salariés bénéficiaires d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi ou d'un contrat d'avenir** (articles L. 5134-20 et 5134-35 et suivants du code du travail), celle versée aux salariés embauchés en application des conventions mentionnées aux articles L. 5134-21 à 5134-23-2 du même code ainsi que celle versée aux titulaires, dans les départements d'outre-mer, de contrats d'insertion par l'activité (article L. 522-8 du code de l'action sociale et des familles) ;

- les rémunérations versées aux salariés embauchés en application des conventions mentionnées à l'article L. 5134-3 du code du travail ;

- les salaires versés par les organismes et œuvres sans but lucratif mentionnés à l'article 261-7-1°, a et b, du CGI, ainsi que par les organismes permanents à caractère social des collectivités locales et des entreprises, aux personnes recrutées à l'occasion et pour la durée des manifestations de bienfaisance ou de soutien exonérées de TVA ;

- les rémunérations versées, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995, par **un particulier pour l'emploi d'un seul salarié à domicile** (dans les conditions prévues à l'article 199 sexdecies du CGI) et/ou d'une seule assistante maternelle dans les conditions prévues par la loi n° 77-505 du 17 mai 1977 relative aux assistantes maternelles ;

La même exonération s'applique pour l'emploi de plusieurs salariés à domicile dont la présence au domicile de l'employeur est nécessitée par l'obligation pour ce dernier, ou toute autre personne présente à son foyer, de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;

- les rémunérations versées aux **enseignants des centres de formation d'apprentis**, pour les rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 (CGI art. 213 bis R) ;

- lorsqu'une société procède à une augmentation de capital réservée aux adhérents d'un plan d'épargne d'entreprise, l'avantage constitué par l'écart entre le prix de souscription et la moyenne des cours, entre le prix de souscription et le prix de cession ou par l'attribution gratuite d'actions ;

- les contributions versées par l'employeur aux **fonds d'assurance-formation** ;

- les rémunérations versées par les **centres techniques industriels** mentionnés à l'article L. 342-1 du code de la recherche.

*Source : articles 231 et suivants du CGI*

### • Calcul de la taxe

La loi de finances pour 2001 a **aligné l'assiette de la taxe sur les salaires sur celle des cotisations sociales**. La TSS est donc assise sur le

montant brut des rémunérations payées, y compris les avantages en nature, avant déduction de la part salariale des cotisations sociales et du forfait de 10 % pour frais professionnels.

**Les sommes qui ne constituent pas des rémunérations au sens du droit social, tels que l'intéressement et la participation, n'entrent donc pas dans le calcul de l'assiette de la taxe sur les salaires.**

A cette assiette est appliqué un **barème progressif** : le taux est de **4,25 %** pour la fraction des rémunérations individuelles versées inférieure à 7 604 euros par an, de **8,5 %** pour la fraction des rémunérations individuelles versées comprise entre 7 604 euros et 15 185 euros par an et de **13,6 %** pour la fraction des rémunérations individuelles versées supérieure à 15 185 euros par an.

#### La progressivité de la taxe

Montant du salaire	Taux
Jusqu'à 7 604 euros	4,25 %
De 7 604 euros à 15 185 euros	8,5 %
Au-delà 15 185 euros	13,6 %

Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente.

Les taux « majorés » (8,5 % et 13,6 %) ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer. Par ailleurs, le taux de 4,25 % est réduit à 2,95 %, dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, et à 2,55 % dans le département de la Guyane.

- **Abattement, franchise et décote**

**Les employeurs partiellement soumis à la TVA bénéficient d'un régime plus favorable** : la base imposable est réduite grâce à l'application d'un rapport d'assujettissement égal à la fraction du chiffre d'affaires de l'année précédente non imposée à la TVA. Ainsi, lorsqu'un employeur a été soumis à la TVA sur 60 % de son chiffre d'affaires sur l'année n-1, le rapport d'assujettissement à la taxe sur les salaires est de 40 % pour l'année n.

**Les associations** régies par la loi de 1901 **bénéficient, quant à elles, d'un abattement** sur le montant de la TSS normalement due (6 002 euros). L'application de cet abattement n'est pas subordonnée au caractère désintéressé de la gestion de l'association.

Enfin, **des mécanismes contribuent à alléger les cotisations dues par les petits contribuables.** Un minimum de perception est fixé à 840 euros : lorsque le montant de la taxe sur les salaires est inférieur à cette somme, l'employeur est dispensé de s'en acquitter. De plus, lorsque le montant dû est compris entre 840 euros et 1 680 euros, une décote est appliquée, égale aux trois quarts de la différence entre 1 680 euros et le montant dû.

• **Paiement de la taxe**

La TSS doit être acquittée spontanément par l'employeur, dans les quinze premiers jours du mois suivant celui du paiement des rémunérations. Toutefois, lorsque le montant mensuel total de la taxe est inférieur à 334 euros, celle-ci peut être payée par trimestre, dans les quinze premiers jours du trimestre qui suit.

• **Evolution du produit et de l'affectation de TSS**

Le produit de la TSS a connu une évolution très dynamique sur les dix dernières années, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

**Evolution du produit de la TSS depuis 2000**

*(en milliards d'euros)*

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
7,6	8	8,35	8,5	8,3	8,65	9,7	10,4	11,0	11,4	11,7	11,9	12,1

*Source : direction de la législation fiscale et annexe « Voies et moyens » au PLF pour 2013*

Au total, **depuis 2000, le produit de la TSS a été multiplié par 1,5**, pour atteindre (avant adoption du présent article) plus de 12 milliards d'euros, dont environ 2 milliards d'euros issus du secteur financier.

Longtemps composante du « panier fiscal » destiné à compenser les pertes de recettes résultant des allègements généraux, **le produit de la TSS est désormais directement affecté à la sécurité sociale**, selon une clé de répartition définie à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale :

- à la branche « Vieillesse » pour une fraction correspondant à 59,03 % ;
- à la branche « Famille », pour une fraction correspondant à 24,27 % ;
- au FSV, pour une fraction correspondant à 16,7 %.

*b) Le dispositif proposé*

L'article 13 du présent projet de loi prévoit :

**1) un élargissement de l'assiette de la TSS : c'est l'assiette de la CSG**, plus large que celle des cotisations sociales, qui sera désormais **prise en**

**référence**, ce qui conduit à inclure toutes les rémunérations « annexes » au salaire (intéressement, participation,...) jusqu'alors exclues de l'assiette de la TSS. En revanche, l'abattement de 1,75 % aujourd'hui prévu pour la CSG ne sera pas applicable à l'assiette de la taxe sur les salaires ;

**2) une tranche supplémentaire d'imposition** : la fraction des rémunérations individuelles annuelles excédant 150 000 euros sera assujettie à un taux de 20 % ;

#### Nouvelle progressivité de la taxe

Barème actuel		Nouveau barème	
Montant du salaire	Taux	Montant du salaire	Taux
Jusqu'à 7 604 euros	4,25 %	Jusqu'à 7 604 euros	4,25 %
De 7 604 euros à 15 185 euros	8,5 %	De 7 604 euros à 15 185 euros	8,5 %
Au-delà 15 185 euros	13,6 %	De 15 185 euros à 150 000 euros	13,6 %
-	-	Au-delà de 150 000 euros	20 %

**3) une nouvelle clé de répartition du produit de la taxe** : il est proposé de modifier la répartition du produit de la TSS, afin **que la branche « Famille » puisse bénéficier du surplus de produit qui résultera des dispositions proposées par le présent article**, soit 470 millions d'euros.

Le produit de la TSS sera dorénavant affecté comme suit :

- à la branche « Vieillesse » pour une fraction correspondant à 56,8 %, contre 59,03 % aujourd'hui ;

- à la branche « Famille », pour une fraction correspondant à 27,1 %, contre 24,27 % aujourd'hui ;

- au FSV, pour une fraction correspondant à 16,1 %, contre 16,7 % aujourd'hui.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

*c) La position de votre rapporteur pour avis*

• **Les dispositions du présent article sont bienvenues pour faire contribuer le secteur financier au redressement des finances publiques engagé par le Gouvernement.**

Cette disposition s'inscrit dans la suite de mesures récentes tendant à faire participer le secteur bancaire à l'effort de redressement des comptes publics :

- la **taxe de risque systémique**, créée par la loi de finances pour 2011, qui a été doublée dans le cadre de la loi de finances rectificative d'août dernier, dont le rendement est estimé à environ 1 milliard d'euros ;

- ou encore la **taxe sur les transactions financières**, adoptée en février 2012 et dont le taux a également été doublé par la loi de finances rectificative d'août dernier.

Dans l'esprit, la mesure proposée se rapproche également de la **taxe exceptionnelle assise sur la part variable de la rémunération des opérateurs de marché** (traders) votée en janvier 2010, dont le rendement attendu était d'environ 360 millions d'euros. Elle concernait près de 3 000 professionnels, étant entendu que les bonus versés par les banques de financement et d'investissement françaises atteignent, en montant cumulé, entre 1,5 et 2 milliards d'euros selon les années.

• **L'article 13 s'inscrit également dans la suite logique des mesures prises cet été tendant à aligner le taux global d'assujettissement des compléments de rémunération sur celui des salaires, via l'augmentation du forfait social.**

Comme le rappelle le rapport dit « Guillaume » d'évaluation des niches fiscales et sociales de 2010 s'agissant des revenus de l'épargne financière : *« La mission constate la substitution sur longue période entre revenus distribués au titre de l'épargne salariale (participation, intéressement notamment) et salaires. Les exonérations d'impôt sur le revenu et les exemptions de cotisations sociales constituent en grande partie un effet d'aubaine pour les salariés et les entreprises qui peuvent ainsi distribuer des revenus d'activité défiscalisés ».*

• **Enfin, le dispositif semble avoir été calibré pour ne pas pénaliser le « secteur social », même si des données chiffrées manquent dans ce domaine.**

Selon l'étude d'impact relative au présent article : *« l'impact sera très limité sur les employeurs intervenant dans le champ social (hôpitaux, établissements médico-sociaux, associations et organismes non lucratifs) : les rémunérations sont dans la très grande majorité des cas inférieures au seuil de la tranche supplémentaire, et les dispositifs de rémunérations hors assiette de cotisations (participation) y sont peu développés ».*

Plus largement, cet article n'est pas de nature à ré-ouvrir le débat sur l'opportunité d'une taxe sur les salaires, susceptible de peser sur l'emploi. **Compte tenu du calibrage de la mesure** (soit l'introduction d'une nouvelle tranche pour la fraction des rémunérations individuelles supérieure à 150 000 euros par an), **sont essentiellement visés le secteur financier et les**

**hautes rémunérations, secteur et rémunérations qui ne sont pas au cœur des débats actuels sur la compétitivité et le coût du travail.**

### **3. Régime social des « carried interests » (article 14)**

L'article 14 du présent projet de loi propose d'**assujettir les « carried interest » au régime social des rémunérations « annexes », soit à la CSG, à la CRDS et au forfait social.**

#### *a) Le régime fiscal et social des « carried interest »*

L'usage dans la profession du capital-risque est que les membres d'équipe de gestion de fonds soient associés aux risques et perçoivent un intéressement en fonction des résultats. Les parts de « carried interest » ou « parts à rendement subordonné » pourraient s'apparenter à des bonus de rémunération des équipes de gestion des fonds communs de placement à risque (FCPR) et des sociétés de capital risque. En effet, dans le système des « carried interest », **les salariés retirent, à mise égale, des plus values supérieures à celles réalisées par les investisseurs extérieurs.**

- **Un régime, d'abord, précisé par voie doctrinale**

L'instruction fiscale du 28 mars 2002 assimilait les revenus liés aux « *carried interest* » à des plus-values à long terme soumises au **taux forfaitaire d'impôt alors fixé à 16 %**, auquel s'ajoutaient **les prélèvements correspondant à la CSG et au supplément exceptionnel de cotisation sociale à hauteur de 11 %.**

- **Le régime fiscal de ces bonus a été encadré par la loi de finances pour 2009**

L'article 15 de la loi de finances pour 2009, voté à l'initiative de votre commission des finances, a **encadré le régime fiscal des parts ou actions de « *carried interest* »** que perçoivent les gestionnaires de fonds de capital-investissement. Il a **subordonné le bénéfice de la taxation au régime des plus-values au respect de plusieurs conditions** prévues à l'article 163 *quinquies* C du code général des impôts :

- les parts cédées doivent être souscrites ou acquises moyennant un prix correspondant à la valeur des parts ;
- elles constituent une seule et même catégorie d'actions ;
- elles représentent au moins 1 % du montant total des souscriptions dans la société ou, à titre dérogatoire, un pourcentage inférieur fixé par décret, après avis de l'Autorité des marchés financiers ;
- les distributions auxquelles donnent droit ces actions sont versées au moins cinq ans après la date d'émission de ces actions ;

- le salarié ou dirigeant bénéficiaire de la distribution doit percevoir une rémunération normale au titre du contrat de travail ou du mandat social qui lui a permis de souscrire ou d'acquérir ces actions.

La LFI pour 2009 a prévu que **lorsque les conditions décrites ci-dessus n'étaient pas réunies, les « carried interest » étaient considérés comme des salaires et soumis au régime de droit commun**, soit un assujettissement à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires (article 80 *quindecies* du CGI).

• **Les mesures adoptées en LFSS pour 2010**

La LFSS pour 2010 a transposé à la sphère sociale les règles qui prévalaient dans la sphère fiscale depuis 2009 : **ainsi les plus-values acquises au titre des « carried interest » sont assujetties aux prélèvements sociaux dans les mêmes conditions que les produits de placement (soit un taux global de 15,5 %) pour autant qu'ils bénéficient du régime fiscal des produits de placement ou du patrimoine.**

**Si elles ne sont pas traitées fiscalement comme des produits de placement**, en raison du non-respect des conditions fixées par le législateur en 2009 et précisées dans l'article 163 *quinquies* C du code général des impôts (*cf. supra*), **les plus-values issues de la cession des « carried interest » basculent dans la catégorie « traitements et salaires »** justifiant ainsi l'assujettissement à une **contribution sociale libératoire de 30 % à la charge des salariés et dirigeants (article L. 137-18 du code de la sécurité sociale)**. Cette contribution est affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les redevables.

Le rendement de la contribution exceptionnelle est très faible car très rare : 917 000 euros en 2011, soit une assiette de 3 millions d'euros, alors que l'assiette des « carried interest » assujettis au prélèvement social au taux global de 15,5 % est évaluée à 400 millions d'euros.

*b) Le dispositif initialement prévu : une assimilation aux « rémunérations annexes »*

L'article 14 du présent projet de loi propose :

- de **supprimer la contribution sociale forfaitaire de 30 %** ;
- d'**exclure explicitement** les « carried interest » **de l'assiette des cotisations sociales** ;
- de prévoir leur **assujettissement à la CSG, et par conséquent à la CRDS, aux taux applicables aux revenus d'activité (7,5 % + 0,5 %)**.

**Les « carried interest » rempliraient ainsi désormais les deux critères d'assujettissement au forfait social** (exclusion de l'assiette des cotisations sociales et assujettissement à la CSG).

Le taux global d'imposition des « carried interest » serait donc de 28 % (CSG : 7,5 % ; CRDS : 0,5 % ; forfait social : 20 %).

Cet article doit être lu en miroir de l'article 6 du PLF pour 2013 qui propose d'imposer la totalité des distributions et des gains nets des « *carried interest* » à l'impôt sur le revenu.

*c) Une suppression de cohérence avec les dispositions adoptées dans le cadre du PLF*

**Ces dispositions ont été supprimées par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement**, en cohérence avec les dispositions qui ont été adoptées en projet de loi de finances.

#### ***D. LES MESURES DE SOLIDARITÉ***

##### **1. Création d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions de retraite (article 16)**

L'article 16 propose de créer une **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions de retraite**.

*a) Des avantages fiscaux et sociaux propres aux retraités d'un coût total de 11,6 milliards d'euros*

Dans son rapport de septembre 2012 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes dresse un **inventaire des avantages fiscaux et sociaux** dont bénéficient aujourd'hui les personnes retraitées. La Cour chiffre le coût global de ces dispositifs à **11,6 milliards d'euros**, répartis comme suit :



### Avantages fiscaux et sociaux dont bénéficient les personnes retraitées

(en millions d'euros)

Nature de l'avantage	Coût
<b>Impôt sur le revenu</b>	<b>4 540</b>
Abattement de 10 % sur les pensions	2 780
Avantages annexes à l'abattement de 10 % (hors CSG)	700
Exonération des majorations de pensions pour enfants	800
Abattement en faveur des personnes âgées de condition modeste	260
<b>Impôts locaux</b> (Taxe d'habitation, dégrèvement et exonération de la taxe sur le foncier bâti, exonération de la contribution à l'audiovisuel public)	<b>750</b>
<b>CSG</b>	<b>6 000</b>
Taux réduit de CSG de 6,6 % sur les pensions	1 200
Taux réduit de CSG de 3,8 % sur les pensions	1 200
Exonération de CSG sur les pensions	3 600
<b>Cotisations d'assurance maladie</b> (seule subsiste une cotisation maladie de 1 % sur les avantages complémentaires ou supplémentaires de retraite)	-
<b>Exonérations de cotisations patronales pour les particuliers employeurs de plus de 70 ans</b>	<b>380</b>
<b>Total des dispositifs « sociaux »</b>	<b>6 380</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11 670</b>

Source : commission des finances, d'après les données de la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2012

Dans le domaine social, ces avantages recouvrent les trois dispositifs suivants :

- **l'application d'un taux réduit de CSG sur les pensions de 6,6 %**, soit 0,9 point de moins que le taux appliqué aux salaires. Certaines personnes, compte tenu du niveau de leurs pensions, sont totalement exonérées<sup>1</sup> ou bénéficient d'un taux réduit de 3,8 %<sup>2</sup>. En revanche, les avantages de pré-retraite sont soumis à la CSG au taux de droit commun de 7,5 % ;

- **une exonération de cotisations sociales d'assurance maladie depuis 1998** : seuls les avantages complémentaires et supplémentaires de retraite sont assujettis à une cotisation de 1 %, financée pour tout ou partie par une contribution de l'employeur. En sont exonérées les retraites des travailleurs indépendants, les pensions servies par la CNRACL, par l'Etat ou par d'autres régimes spéciaux ;

<sup>1</sup> Avantages non contributifs et avantages perçus par les personnes dont le revenu fiscal de référence est inférieur au montant maximal ouvrant droit aux allègements de la taxe d'habitation.

<sup>2</sup> Avantages de retraite perçus par les personnes dont le montant de revenu fiscal de référence excède les seuils retenus pour l'application de la taxe d'habitation mais dont la cotisation d'impôt de l'année précédente est inférieure au seuil de mise en recouvrement prévu en matière fiscale.

- **une exonération de cotisations patronales pour les particuliers employeurs** : les particuliers employeurs de plus de 70 ans bénéficient d'une exonération de cotisations patronales, sous un plafond de 65 SMIC horaires par mois (soit, selon la Cour des comptes, une économie maximale de cotisations de l'ordre de 245 euros par mois).

Certains de ces mécanismes ont pu être justifiés au moment de leur mise en place pour pallier la situation financière délicate des retraités, les systèmes de retraite mis en place après 1945 n'ayant pas offert une protection totale contre le risque de pauvreté. Cependant, depuis lors, de nombreux rapports, dont celui précité de la Cour des comptes, relèvent **une nette amélioration de la situation de la population retraitée**.

Ainsi, selon les données du Conseil d'orientation des retraites (COR)<sup>1</sup>, alors que le taux de pauvreté des personnes de 60 ans et plus dépassait 30 % en 1970, entre 1996 et 2007, il s'est maintenu aux alentours de 10 %, soit un niveau inférieur à celui de l'ensemble de la population. Si l'on prend en compte les revenus du patrimoine, les placements financiers et immobiliers et les loyers non versés par les retraités propriétaires, les données du COR montrent que leur niveau de vie moyen apparaît même comme légèrement supérieur à celui des actifs.

**Ces chiffres globaux ne doivent cependant pas masquer la grande hétérogénéité des situations** : certaines femmes, notamment, ne reçoivent que de très modestes pensions. Ainsi, selon les données de la Cour des comptes, la pension moyenne de droit direct n'atteignait en 2008 que 663 euros pour les femmes de plus de 85 ans.

*b) Des dépenses fléchées vers le vieillissement de plus en plus importantes*

Le vieillissement de la population entraîne, parallèlement, de nouveaux besoins de financement en termes de **retraite, de maladie ou de prise en charge de la dépendance**.

**Le seul effort public en faveur de la prise en charge de la perte d'autonomie s'est ainsi élevé à 23 milliards d'euros en 2010<sup>2</sup>.**

Or force est de constater que des réformes récentes destinées à financer une partie de ces dépenses ont été principalement supportées par les actifs, qu'il s'agisse de :

- la mise en place de la « **contribution de solidarité pour l'autonomie** » (CSA) liée à la « journée de solidarité », à laquelle sont soumis

---

<sup>1</sup> COR, « Niveaux de vie comparés des retraités et des actifs : évolutions récentes » - octobre 2009.

<sup>2</sup> Chiffrage donné par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes et la création du cinquième risque (Président : Philippe Marini et Rapporteur : Alain Vasselle), dans son rapport final de janvier 2011. La synthèse du débat national sur la dépendance de juin 2011 fait état d'un effort public de 24 milliards d'euros.

les salariés du secteur privé et les agents du secteur public. Cette taxe est affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

### **Le mécanisme de la « journée de solidarité »**

L'article 11 de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées a instauré à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004, une nouvelle contribution à la charge des employeurs, destinée à financer les ressources de la CNSA.

En contrepartie d'une journée travaillée mais non payée, tous les employeurs - publics et privés - versent une contribution de 0,3 % de la masse salariale. Les revenus du capital (revenus des placements et des revenus du patrimoine) y sont également soumis sous la forme d'une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur ces revenus. La CNSA est chargée de la gestion de cette contribution.

À défaut d'une convention ou d'un accord, la loi fixait initialement la journée de solidarité au lundi de Pentecôte. Cette disposition s'étant révélée difficile à appliquer, le caractère chômé du lundi de Pentecôte a été rétabli en 2008, tout en maintenant le principe de la journée de solidarité et de la contribution des employeurs. Ainsi, depuis la loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 relative à la journée de solidarité, les modalités d'accomplissement de cette journée sont fixées par accord d'entreprise ou d'établissement ou à défaut par accord de branche. À défaut d'accord collectif, ces modalités sont définies par l'employeur, après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel s'ils existent.

Le cas échéant, l'accord peut prévoir :

- soit le travail d'un jour férié précédemment chômé autre que le 1<sup>er</sup> mai ;
- soit le travail d'un jour de réduction du temps de travail ;
- soit toute autre modalité permettant le travail de sept heures précédemment non travaillées en application de dispositions conventionnelles ou des modalités d'organisation des entreprises.

L'article 13 de la loi précitée du 30 juin 2004 prévoit que le produit de la CSA est affecté chaque année au financement des dispositifs individuels et collectifs de la perte d'autonomie selon la répartition suivante :

- 60 % pour les personnes âgées (40 % pour le financement des établissements et services et 20 % pour l'APA, distribuée par les conseils généraux au bénéfice des personnes âgées vivant à domicile ou en établissement) ;
- 40 % pour les personnes handicapées (26 % pour le financement de la PCH et des maisons départementales des personnes handicapées, 14 % pour le financement des établissements et services médico-sociaux).

Les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement font état d'un rendement de la CSA pour 2011 de **2,3 milliards d'euros**.

- la **réforme des retraites de 2010** qui a également mobilisé les capacités contributives des générations actives en reportant les bornes d'âge de départ à la retraite et en augmentant les cotisations salariales dans le secteur public.

*c) La nécessaire mise à contribution des retraités tout en prenant en compte les « petites retraites »*

La Cour des comptes préconisait de nombreuses pistes de réforme (*cf.* encadré suivant), l'**article 16** propose une autre voie, celle de **l'introduction d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions de retraite, sur le modèle de l'actuelle contribution liée à la « journée de solidarité »**.

#### **Les pistes de réforme proposées par la Cour des comptes**

- suppression progressive de l'abattement de 10 % sur les pensions en matière d'impôt sur le revenu et de l'exonération d'impôt sur le revenu des majorations de pensions pour parents de trois enfants ;
- alignement du taux de CSG sur les pensions les plus élevées sur celui appliqué aux salaires ;
- mise sous conditions de ressources de l'exonération totale de cotisations patronales dont bénéficient certaines catégories de particuliers employeurs ;
- extension de l'assiette de la cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % à toutes les retraites complémentaires, ainsi qu'aux pensions de base lorsque la distinction entre ces deux types d'avantage de retraite n'est pas pertinente ;
- examen des conséquences d'une suppression à terme des avantages en matière de fiscalité locale fondés sur un critère d'âge.

Aux termes du présent article, la nouvelle contribution sera **assise sur les pensions de retraite et d'invalidité, ainsi que les allocations de préretraite**.

Seront redevables les **personnes dont le montant des revenus de l'avant dernière année sont supérieurs au seuil retenu pour l'allègement de la taxe d'habitation**. Ainsi les titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité exonérés de CSG seront exemptés de la nouvelle contribution. En revanche, les redevables de la CSG au taux de 3,8 % et de 6,6 % seront concernés par le présent article.

#### **Seront également exonérés de la nouvelle contribution :**

- les pensions militaires d'invalidité et la retraite du combattant (a du 4° de l'article 81 du code général des impôts) ;
- les retraites mutuelles servies aux anciens combattants (12° de l'article 81 précité) ;
- la pension temporaire d'orphelin (14 ° bis de l'article 81) ;
- les avantages vieillesse non contributifs (principalement l'allocation de solidarité aux personnes âgées).

Le taux de la contribution est fixé à **0,3 %**.

La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sera recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles que celles appliquées en matière de CSG.

Cette taxe sera **affectée à la CNSA**. Une **septième section** est, à cette fin, créée au sein du budget de la Caisse. **Les ressources de cette section (le produit de la nouvelle contribution) seront destinées au « financement de mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie »**. Le budget de la CNSA permet en effet d'isoler certains postes de dépenses et les ressources destinées à les financer (*cf.* encadré ci-dessous).

**La nouvelle contribution ne sera donc pas affectée au financement des établissements d'accueil des personnes âgées (section 1), ni aux concours versés par la CNSA aux départements pour financer une partie de leurs dépenses d'APA (section 2).**

#### **Les différentes sections du budget de la CNSA**

Le budget de la CNSA recouvre aujourd'hui **six sections** différentes :

- **Une section I relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux** divisée en deux sous-sections : l'une pour les établissements accueillant des personnes handicapées, l'autre pour les établissements accueillant des personnes âgées. Ces deux sous-sections sont principalement financées par une fraction de CSA et l'ONDAM médico-social ;

- **Une section II relative à l'allocation personnalisée d'autonomie** (concours versés aux départements), financée par une part de CSA et une part de la fraction de CSG affectée à la CNSA ;

- **Une section III relative à la prestation de compensation du handicap et aux maisons départementales des personnes handicapées** : la principale ressource de cette section est la CSA ;

- **Une section IV relative à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées** : cette section est financée par une part de la fraction de la CSG affectée à la CNSA ;

- **Une section V relative aux « autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie », personnes âgées (sous-section 1) et personnes handicapées (sous-section 2)** : cette section est financée par des reprises de provisions sur le Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement ;

- **Une section VI relative aux frais de gestion** financée par des contributions des sections I à IV.

*Source : commission des finances*

**A titre dérogatoire, l'article 16 du présent projet de loi prévoit qu'en 2013 :**

- le taux de la contribution sera fixé à seulement **0,15 %** ;
- le produit de la taxe (soit 350 millions d'euros) sera **affecté au FSV, dans l'attente d'une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie.**

Outre des amendements de précision, l'Assemblée nationale a adopté à l'initiative de notre collègue député, Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, trois amendements tendant à :

- 1) **limiter le nombre des redevables de la nouvelle contribution** : seuls les retraités aujourd'hui soumis à la CSG au taux de 6,6 %, à l'exclusion de ceux qui bénéficient du taux réduit de 3,8 %, seront concernés ;
- 2) **reporter l'entrée en vigueur de l'article 16 au 1<sup>er</sup> avril 2013** ;
- 3) **supprimer le taux dérogatoire de la contribution de 0,15 % en 2013 et affecter le produit de la nouvelle contribution à la CNSA** (aux sections II et IV du budget de la Caisse) **dès 2013**, en vue, selon l'auteur de l'amendement, « *de la réforme de la dépendance qui sera engagée dès cette année* ».

Selon les données recueillies auprès du ministère chargé du budget, le produit de la contribution serait, grâce à ces amendements, porté à **450 millions d'euros.**

**L'affectation du produit de la nouvelle contribution à la CNSA dès 2013 ne semble cependant que symbolique** car, afin de compenser les pertes de recettes résultant de ces initiatives pour le FSV – qui devait recevoir le produit de la contribution en 2013 dans le texte initial –, il est prévu, selon un montage financier assez complexe, d'affecter au fonds, à titre exceptionnel en 2013, une part de la CSG aujourd'hui affectée à la CNSA. **Au final, selon les données recueillies auprès du ministère du budget, la CNSA recevrait 450 millions d'euros de contribution additionnelle pour l'autonomie, mais reverserait au FSV un montant équivalent en CSG.**

*d) La position de votre rapporteur pour avis*

**Votre rapporteur pour avis approuve l'article 16 justifié par l'équité :**

- d'une part, compte tenu de l'amélioration globale du niveau de vie des retraités et de l'importance des dépenses qui seront fléchées en leur faveur, **il ne semble pas illogique que leur effort contributif soit accru parallèlement à celui des actifs.** Le financement du vieillissement de la population appelle une redéfinition des termes de la solidarité au sein des générations, mais aussi entre générations ;

- d'autre part, il convient de prendre en compte la situation des « petites retraites » et de **privilégier une progressivité de la nouvelle contribution**, ce qui est prévu par le présent article ainsi modifié par

l'Assemblée nationale : seuls les retraités assujettis à la CSG au taux de 6,6 % seront concernés par la mesure.

Votre rapporteur pour avis note, cependant, qu'il conviendra de **veiller à la bonne articulation de ce dispositif avec celui adopté**, le 25 octobre dernier, **dans le cadre de la proposition de loi de notre collègue, Gérard Roche, tendant à élargir la contribution de solidarité pour l'autonomie aux travailleurs non salariés et aux retraités**, et à compenser aux départements la moitié de leurs dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie.

Votre rapporteur pour avis approuve le principe des dispositions de cette proposition de loi qui étend la contribution de solidarité pour l'autonomie à deux populations qui, jusqu'alors, n'étaient pas concernées par le dispositif : d'une part, les retraités (sur ce point la proposition de loi rejoint l'esprit du présent article) et, d'autre part, les professions « indépendantes ».

## **2. Taux de la contribution tarifaire d'acheminement sur la distribution du gaz (article 19)**

L'article 19 propose d'**augmenter les bornes législatives relatives aux taux de la contribution tarifaire d'acheminement sur la distribution du gaz**.

### *a) Le régime spécial des IEG*

Le régime des industries électriques et gazières (IEG) est un régime spécial de sécurité sociale, légal et obligatoire (article L. 711-1 du code de la sécurité sociale).

Le financement de ce régime a fait l'objet d'une réforme importante avec la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. **Le régime a été adossé au régime général et aux régimes de retraites complémentaires obligatoires** selon le schéma suivant :

1. Les régimes de retraite du droit commun versent à la CNIEG des financements strictement égaux à la somme des pensions de vieillesse qu'ils auraient servies - selon leur propre réglementation - aux agents des IEG si ceux-ci relevaient de ces régimes ;

2. En contrepartie, ils perçoivent des cotisations dont la somme globale est strictement égale à celle des cotisations qui leur auraient été versées - selon leurs propres règles - si les agents des IEG relevaient de ces régimes ;

3. La neutralité de l'adossement pour les régimes du droit commun est assurée, notamment par le versement d'un « droit d'entrée », aussi appelé « soulte » (cas du régime général).

*b) La contribution tarifaire d'acheminement*

C'est dans le cadre de cette réforme que la loi précitée du 9 août 2004 a également créé la contribution tarifaire d'acheminement (CTA).

• La CTA est une imposition qui entre dans la catégorie des **impositions de toute nature** prévue à l'article 34 de la Constitution. Elle permet de **financer** :

- d'une part, les « **droits spécifiques** » passés sur les activités régulées, c'est-à-dire les droits excédant les prestations des régimes de droit commun, acquis avant l'adossement, et relatifs aux activités régulées par l'Etat ;

- d'autre part, la **soulte annuelle reversée à la CNAV**.

• La CTA est assise sur la **part fixe hors taxe du tarif d'utilisation des réseaux de transport et de distribution d'électricité** et sur une **quote part hors taxe du tarif d'utilisation des réseaux de transport et de distribution de gaz naturel**, et est calculée à partir de **quatre taux différents** fixés par arrêté des ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la CNIEG. Le dernier arrêté pris dans ce cadre date du 29 décembre 2005.

Ces quatre taux sont **encadrés par la loi du 9 août 2004** qui fixe pour chacun d'eux des bornes minimales et maximales à ne pas dépasser :

- entre 1 % et 10 % en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité et entre 10 % et 20 % en ce qui concerne les consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ;

- entre 1 % et 10 % en ce qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 10 % et 20 % en ce qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel.

• **La taxe est due par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution et par les fournisseurs d'électricité et de gaz qui la perçoivent auprès du consommateur final.** Depuis le 15 août 2009, la CTA a été identifiée en tant que telle dans les tarifs réglementés de vente et figure désormais sur une ligne distincte de la facture assurant une meilleure lisibilité pour les consommateurs.

• Selon l'étude d'impact relative au présent article, le produit de cette contribution s'est élevé à **1,14 milliard d'euros en 2011**, dont 73 % financent les droits spécifiques et 27 % sont reversés au titre de la soulte annuelle due à la CNAV.



*c) Un relèvement de la borne législative du taux de CTA sur la distribution du gaz*

L'article 19 du présent projet de loi propose de **modifier la fourchette législative encadrant le taux de la CTA assise sur les tarifs de distribution du gaz**. Il est proposé de porter celle-ci de 15 % à 25 %, contre 10 % à 20 % aujourd'hui. Les augmentations envisagées des autres taux peuvent, en revanche, se faire dans les fourchettes actuellement prévues par la loi.

**Hausse prévisionnelle des différents taux de CTA**

	<b>Fourchettes législatives</b>	<b>Taux actuels</b>	<b>Taux prévisionnels</b>
<b>Transport d'électricité</b>	Entre 1 % et 10 %	8,2	9,51
<b>Distribution d'électricité</b>	Entre 10 % et 20 %	21,0	23,65
<b>Transport de gaz naturel</b>	Entre 1 % et 10 %	5,5	5,77
<b>Distribution de gaz naturel</b>	Entre 10 % et 20 %	17,7	21,0

Comme l'indique l'évaluation préalable au présent article, il aurait également pu être envisagé d'augmenter de manière plus importante les taux appliqués sur les trois autres assiettes. Cependant, cette solution aurait pu remettre en cause l'économie générale du système de la CTA validée en 2003 par la commission européenne, afin qu'il ne constitue pas une aide d'Etat incompatible avec les traités européens.

La recette supplémentaire générée par la présente mesure (hausse de la fourchette relative au taux de la CTA sur la distribution du gaz) est évaluée à **45 millions d'euros en 2013**. La hausse de l'ensemble des taux qui interviendra par arrêté interministériel sera, quant à elle, de **160,5 millions d'euros en 2013**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

*d) La position de votre rapporteur pour avis*

Il est vrai que cette mesure sera **supportée par le consommateur final d'énergie**, particulier comme entreprise. Selon les données de l'évaluation préalable, son impact devrait être relativement faible, compris entre **1 et 3 euros par an et par foyer**.

**L'augmentation proposée s'impose néanmoins pour assurer l'équilibre financier du régime** : les projections financières établies par la CNIEG montrent que, dès 2013, le relèvement des taux est nécessaire pour reconstituer des réserves suffisantes permettant de couvrir l'augmentation des charges à venir du régime. En effet, le déficit de la section CTA s'est élevé à

46 millions d'euros en 2011 et a été intégralement couvert par les réserves du régime. Celles-ci, d'un montant de 203 millions d'euros après prise en charge du déficit 2011, permettront encore de couvrir le déficit de 2012, soit 130 millions d'euros. En revanche, elles seront insuffisantes pour faire face au déficit 2013, de l'ordre de 180 millions d'euros.

**Par ailleurs, la mesure proposée dans le cadre du présent projet de loi est la conséquence directe du compromis inscrit dans la loi du 9 août 2004**, le Gouvernement de l'époque ayant décidé de préserver l'intégralité des droits acquis des affiliés à ce régime avant 2005 et de financer cette mesure par la création de la CTA, supportée par les consommateurs.

### ***E. LES TAXES COMPORTEMENTALES***

Les **articles 22, 23 et 23 bis** augmentent respectivement les droits sur les tabacs et les bières, et créent une contribution sur les boissons énergisantes. Ces mesures sont souvent présentées comme des mesures de santé publique.

Comme il l'avait indiqué dans son avis sur le PLFSS pour 2012 s'agissant des taxes comportementales introduites en loi de finances pour 2012 (taxes sur les boissons sucrées, notamment), **votre rapporteur pour avis considère que le recours au levier fiscal en la matière, s'il peut être efficace, doit néanmoins nécessairement s'accompagner d'une politique de prévention de santé publique solide.**

Il conviendra, en outre, de s'interroger à terme, comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2012, sur « *le maintien de l'affectation de taxes dont l'assiette est susceptible de placer la sécurité sociale en porte-à-faux par rapport aux politiques de santé publique (consommation de tabacs et d'alcool).* »

#### **1. Mesures relatives à la fiscalité des tabacs (article 22)**

##### *a) Le droit existant*

(1) L'assiette des impositions sur les produits de tabac

La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et le droit de consommation des produits de tabacs ont pour assiette le **prix de vente de ceux-ci tel qu'homologué chaque année par un arrêté du ministre chargé du budget**. Un arrêté global, entrant en vigueur au début du mois de janvier, homologue l'intégralité des prix des produits du tabac commercialisés en France métropolitaine, à l'exclusion des départements d'outre-mer. En cours d'année, les nouveaux produits, les produits retirés et les modifications de prix sont repris en trois arrêtés trimestriels. Ils sont tous publiés au Journal Officiel. Le dernier arrêté remonte au 13 septembre 2012.

Pour les **produits de tabac importés** soumis à droit de douane, le montant acquitté au titre de ceux-ci est, en application de l'article 575 B du code

général des impôts (CGI), déduit du prix de vente au détail pour le calcul du droit de consommation<sup>1</sup>.

**En pratique**, les quatre fabricants de produits de tabac opérant sur le marché français (Philip Morris, Imperial Tobacco qui a racheté Altadis ex-SEITA, Japan Tobacco et British-American Tobacco) adressent à la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) les prix de ceux-ci. Ces prix sont **librement déterminés** dans la limite toutefois de l'article 572 du CGI. Cet article dispose que ce prix « *ne peut toutefois être homologué s'il est inférieur à celui obtenu en appliquant, au prix moyen de ces produits, un pourcentage* » fixé à 95 % par le décret n° 2004-975 du 13 septembre 2004.

Au total, **l'homologation, de pure forme, a pour seul objet de garantir que les produits de tabac seront vendus au même prix sur l'ensemble du territoire national** (sous réserve de dispositions particulières à la Corse et aux départements d'outre-mer).

S'agissant des produits de tabac, la fiscalité et son produit présentent la caractéristique d'être **indirectement déterminés par les fabricants**. En effet, c'est *in fine* par rapport au prix de vente décidé par ceux-ci, dans les limites de l'article 572 précité du CGI, que les différents taux du droit de consommation sont calculés et que la TVA s'applique.

En effet, **les taux de droit de consommation et de TVA s'appliquent « à rebours » ou « en dedans »**, à partir du prix toute taxe comprise (TTC), et non, comme c'est normalement le cas, à partir du prix hors taxe (HT), ou « en dehors », des produits concernés.

Cependant, **la fiscalité influence directement le prix des produits de tabac** puisque l'Etat est en mesure, par l'utilisation des divers instruments fiscaux (*cf. infra*), de renchérir les prix afin d'atteindre des objectifs de santé publique. L'Etat interagit donc avec les fabricants afin de les inciter à augmenter « d'eux-mêmes » leur prix, sous la menace permanente d'une augmentation de la fiscalité en cas de refus. Cette interaction est d'autant plus facilitée que le nombre de fabricants est réduit. Au total, la liberté de détermination des prix des produits de tabacs est ainsi en fait très encadrée.

(2) La TVA sur les produits de tabac

La TVA s'applique aux produits de tabac au **taux normal de 19,6 %**.

Cependant, comme il a été indiqué *supra*, la TVA ne s'applique pas sur le prix HT des produits de tabacs mais « à rebours » du prix de vente homologué précédemment mentionné, soit à un **taux de 16,388 %** de celui-ci.

---

<sup>1</sup> Par exemple, 11 cigares importés, dont le prix de vente au détail est de 7,10 euros l'unité et ayant supporté des droits de douane à hauteur de 12 euros pour la totalité, ont une valeur taxable de 66,10 euros [(11x7,10)-12].

Ainsi par exemple, pour un paquet de 20 cigarettes vendu à 5,70 euros, la TVA s'appliquera « en dedans » de ce prix à un taux de 16,3856 %, soit 0,93 euro<sup>1</sup>.

Le marché du tabac en France étant estimé à environ 18 milliards d'euros, la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac rapporte à l'Etat **3,5 milliards d'euros**<sup>2</sup>, affectés en quasi-totalité à la sécurité sociale.

(3) Le droit de consommation sur les tabacs

(a) Le taux applicable aux produits de tabac autres que les cigarettes

En application de l'article 575 du CGI, les tabacs manufacturés vendus dans les départements en France continentale, comme les tabacs ainsi que le papier à rouler les cigarettes qui y sont importés, sont soumis à un droit de consommation. S'agissant des tabacs manufacturés autres que les cigarettes, **le droit de consommation qui leur est applicable se calcule sur la base de leur prix de vente au détail, sous réserve d'un minimum de perception** fixé par mille unités ou par mille grammes (*cf. infra*).

Le taux de ce droit de consommation **varie selon les produits de tabacs** :

- pour les cigares et cigarillos : 27,57 % ;
- pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes : 58,57 % ;
- pour les autres tabacs à fumer<sup>3</sup> : 52,42 % ;
- pour les tabacs à priser : 45,57 % ;
- pour les tabacs à mâcher : 32,17 %.

Une fois le prix de vente des produits concernés homologué, **les taux ci-dessus s'appliquent « en dedans »** de celui-ci.

(b) Le taux applicable aux cigarettes

Simple pour les produits de tabac autres que les cigarettes, **les règles fiscales se complexifient** pour ces dernières, obligeant à distinguer entre celles applicables à la « classe de prix de référence » (CPR) et les autres.

(i) La classe de prix de référence (CPR)

Les notions de CPR et de « prix moyen pondéré » (PMP) ont été introduites à l'article 575 du CGI par **l'article 73 de la loi n° 2010-1658 du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010**.

**La CPR** remplace la « classe de prix la plus demandée » (CPPD). Elle correspond au PMP exprimé pour 1 000 cigarettes, arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

---

<sup>1</sup>  $5,70 \times 16,3856 \% = 0,93$ .

<sup>2</sup> *Evaluation des voies et moyens annexée au projet de loi de finances pour 2013, tome I.*

<sup>3</sup> *Le narguilé et les blunts appartiennent notamment à cette catégorie.*

Le PMP correspond au prix obtenu **en divisant** la valeur de toutes les cigarettes mises à la consommation, pendant une année civile, par la quantité totale de ces mêmes cigarettes.

Il est déterminé un PMP et une CPR pour les cigarettes vendues en **France continentale** et pour celles vendues en Corse (*cf. infra*).

Le PMP et la CPR **entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier** et sont fixés par arrêté du ministre chargé du budget au plus tard le 31 janvier de chaque année. La CPR est déterminée pour toute l'année civile. Elle n'est pas modifiée pendant l'année, y compris en cas de variation des prix homologués de vente au détail.

**Pour 2012**, le PMP et la CPR en France continentale sont les suivants, en application de l'arrêté du 26 janvier 2012 :

- le PMP s'élève à **284,81 euros** pour 1 000 unités et à **5,70 euros** pour 20 unités ;

- la CPR s'établit à **285 euros** pour 1 000 unités et à **5,70 euros** pour 20 unités.

**Pour les cigarettes de la CPR, le montant du droit de consommation** est calculé en appliquant au prix de vente au détail le taux global du droit de consommation fixé à **64,25 %** pour la France continentale.

Ainsi, un paquet de 20 cigarettes appartenant à la CPR supporte en France continentale un montant de droit de consommation de **3,66 euros**.

*(ii) Les cigarettes n'appartenant pas à la CPR*

Pour l'année 2012, les cigarettes n'appartenant pas à la CPR correspondent à celles vendues à un prix différent de **5,70 euros** le paquet de 20.

Le droit de consommation se décompose alors en une part spécifique et une part proportionnelle.

• **La part spécifique**

La part spécifique correspond à un montant exprimé en euros pour 1 000 cigarettes. Ce montant est **identique quel que soit le prix de vente des cigarettes**.

La part spécifique est fixée à **12 %** (« taux spécifique ») de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la CPR, en application de l'article 67 de la loi n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 de finances rectificative pour 2011.

Cette charge fiscale totale applicable aux cigarettes de la CPR s'élève à **80,638 %**. Elle correspond à l'addition du taux de droit de consommation (64,25 %) et du taux de TVA (16,388 %).

Le montant de la part spécifique se monte donc à **27,58 euros** pour 1 000 cigarettes. Ce montant résulte du calcul suivant :

285 euros (prix de 1 000 cigarettes de la CPR) x 80,638 % x 12 % = 27,5782 arrondis à 27,58 euros.

- **La part proportionnelle**

La part proportionnelle est égale à **la différence** entre le montant du droit de consommation applicable à la cigarette de la CPR et la part spécifique, rapportée au prix de vente de la cigarette de la CPR.

Ainsi, la part proportionnelle du droit de consommation s'élève à **54,57 %**.

La détermination de la part proportionnelle résulte en effet du calcul suivant :

$$\frac{(285 \times 64,25 \%) - 27,58}{285} \times 100 = 54,57 \%$$

- **La taxation en deux exemples**

Pour 1 000 cigarettes vendues à **290 euros**, le droit de consommation supporté se monte à 185,83 euros. Ce montant se décompose en une part spécifique de 27,58 euros et une part proportionnelle de 158,25 euros (290 x 54,57 %).

Pour 1 000 cigarettes vendues à **295 euros**, le droit de consommation supporté se monte à 188,56 euros. Ce montant se décompose en une part spécifique de 27,58 euros et une part proportionnelle de 160,98 euros (295 x 54,57 %).

(c) Le minimum de perception

En application de **l'article 575 A du CGI**, le minimum de perception est fixé à 115 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 euros pour les autres tabacs à fumer et à 89 euros pour les cigares. Il n'y a pas de minimum de perception sur les tabacs à priser et à mâcher.

Pour les cigarettes, le minimum de perception est fixé à **183 euros pour mille unités, soit 3,66 euros par paquet de 20**.

Par conséquent, les cigarettes et les autres produits de tabac supportent, **soit le droit de consommation, soit le minimum de perception** si le montant du droit de consommation lui est inférieur.

Il est possible de déterminer si un produit est soumis au droit de consommation ou au minimum de perception selon qu'il est vendu au-dessus ou en dessous d'un prix appelé « **prix d'entrée en application du minimum de perception** ». S'il est vendu en dessous de ce prix, c'est le minimum de perception qui s'applique.

La détermination de ce « prix d'entrée » se calcule comme suit pour les cigarettes (pour un paquet de 20) :

$$\text{Prix d'entrée} = [(183 - 27,5782) / (1000 \times 54,57 \%) ] \times 20 = 5,36 \text{ euros}$$

Par conséquent, l'ensemble des paquets de cigarettes vendus à un prix inférieur à **5,36 euros** se voient appliquer le minimum de perception.

Dans le cas de produits pour lesquels il n'existe pas de prix de vente homologué (**cas des produits en situation irrégulière**) et à défaut de connaître le prix de vente réel, le minimum de perception est appliqué.

L'article 73 de la loi précitée de finances rectificative pour 2010 a instauré un minimum de perception **majoré** de 10 % pour les cigarettes vendues à un prix inférieur à 94 % de la CPR, soit en 2012 en dessous de 5,36 euros le paquet de 20.

Dans le cas où la CPR est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués (cas d'une hausse générale des prix intervenant en cours d'année), un arrêté du ministre du budget peut rendre le minimum de perception **majoré** applicable aux cigarettes vendues à un prix inférieur à un taux différent de celui prévu de 94 % de la CPR. Ce taux peut dans ce cas être augmenté jusqu'à 110 % de la CPR de l'année en cours.

Le ministre chargé du budget n'a jamais utilisé cette possibilité de relèvement des minima de perception, mais **le simple fait qu'elle existe pèse naturellement dans les négociations entre l'administration des douanes et les fabricants et distributeurs de cigarettes.**

(d) Produit et affectation

En 2011, le produit du droit de consommation sur les produits de tabac s'est élevé à environ **10 milliards d'euros, affectés en totalité aux régimes de sécurité sociale.**

(4) Les règles spécifiques à l'outre-mer et à la Corse

(a) Le droit de consommation applicable en Corse

Le droit de consommation applicable en Corse **diffère** à la fois dans son assiette et dans son taux de celui applicable sur le continent.

Les tabacs vendus en Corse figurent dans les arrêtés d'homologation (*cf. supra*), mais leur **prix de vente est inférieur à ceux du continent.**

Cependant, en application de l'article 575 E *bis* du CGI, le prix de vente au détail appliqué aux **cigarettes** dans les départements de Corse est **au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.** Ainsi une cigarette vendue en France continentale depuis le 17 octobre 2011 à 6,20 euros le paquet de 20 est vendue en Corse au prix de 4,65 euros.

Pour les **autres produits de tabac**, il convient de distinguer entre :

- les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, dont le prix de vente au détail est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits ;

- les cigares et les cigarillos, dont le prix de vente au détail est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.

Par conséquent, la fiscalité s'appliquant pour les produits de tabac « à rebours » du prix de vente au détail, **tant l'assiette de la TVA que celle du droit de consommation sont, en Corse, réduites par rapport à celles en vigueur en France continentale.**

S'agissant des **taux du droit de consommation**, ceux-ci sont différents selon qu'il s'agit de la cigarette de la CPR ou d'une autre cigarette, mais **toujours inférieurs à ceux en vigueur en France continentale** :

- pour la cigarette de la CPR, le taux du droit de consommation s'élève à 45 % du prix de vente au détail (contre 64,25 % sur le continent) ;

- pour les autres cigarettes, le taux de la part spécifique est fixé à 6,5 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la CPR (contre 12 % sur le continent) et la part proportionnelle à 41,01 % (contre 54,57 % sur le continent).

Pour les autres produits de tabac, les taux sont fixés comme suit, entre **deux et trois fois inférieurs aux taux applicables sur le continent** :

- pour les cigares et cigarillos : 10 % ;
- pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes : 27 % ;
- pour les autres tabacs à fumer : 22 % ;
- pour les tabacs à priser : 15 % ;
- pour les tabacs à mâcher : 13 %.

Enfin, **le minimum de perception ne s'applique pas en Corse.**

(b) Le droit de consommation applicable en outre-mer

En application de l'article 268 du code des douanes, « *les cigarettes, les cigares, cigarillos, les tabacs à mâcher, les tabacs à priser, les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer, destinés à être consommés dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion, sont passibles d'un **droit de consommation** », affecté au budget des départements d'outre-mer<sup>1</sup>.*

**Les taux et l'assiette** du droit de consommation sont fixés par délibération des conseils généraux et varient selon que les produits de tabac ont fait ou non l'objet d'une homologation en France métropolitaine :

---

<sup>1</sup> *A Mayotte, en application de l'article 73 de la loi précitée du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010, « le droit de consommation sur les tabacs prévu par la délibération n° 022/2010/CG du 15 février 2010 du conseil général de Mayotte relative à l'évolution de la réglementation et de la fiscalité douanière applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte est rendu applicable ». Ce droit de consommation est largement inspiré de celui applicable dans les autres départements d'outre-mer.*



- pour les produits mentionnés n'ayant pas fait l'objet d'une homologation en France continentale, le montant du droit est déterminé par application du taux fixé par le conseil général à un pourcentage fixé par ce même conseil, supérieur à 66 % et au plus égal à 110 % du prix de vente au détail en France continentale correspondant à la moyenne pondérée des prix homologués ;

- pour les produits ayant fait l'objet d'une homologation en France continentale, le montant du droit est déterminé par application du taux fixé par le conseil général à un pourcentage fixé par ce même conseil, supérieur à 66 % et au plus égal à 110 % du prix de vente au détail en France continentale.

Les taux du droit de consommation **ne peuvent être supérieurs** aux taux prévus à l'article 575 A précité du CGI.

Les conseils généraux des départements d'outre-mer peuvent en outre fixer, par délibération, un **minimum de perception spécifique** sur les cigarettes. Ce minimum de perception ne peut être supérieur au droit de consommation résultant de l'application du taux fixé par le conseil général au prix de vente au détail en France continentale des cigarettes de la CPR. De même, ils peuvent établir un minimum de perception fixé pour 1 000 grammes pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes. Ce minimum de perception ne peut excéder les deux tiers du minimum de perception fixé par le conseil général pour les cigarettes.

*b) Le dispositif proposé*

En **réécrivant globalement les articles 575 et 575 A du CGI**, le présent article vise à réaménager la fiscalité sur les tabacs, dans le sens d'une simplification et d'une homogénéisation. Il procède en outre à une augmentation de cette fiscalité.

(1) La généralisation de la part spécifique

La nouvelle rédaction proposée pour l'article 575 du CGI par le I du présent article prévoit que **le droit de consommation sur les tabacs comportera désormais, pour tous les produits :**

- **une part spécifique** par unité de produit ou de poids ;
- **une part proportionnelle** au prix de vente au détail.

**Le mode de calcul de la part spécifique est simplifié.** Au lieu de découler de la charge fiscale totale afférente au produit de la CPR, elle exprimera directement un taux appliqué à la CPR. Elle est ainsi désormais définie comme résultant de l'application du « taux spécifique » à la CPR.

Les définitions de la **part proportionnelle**, de la **CPR** et du **PMP** restent en revanche **identiques**. De même, le montant du droit de consommation applicable à un groupe de produits demeure toujours défini comme ne pouvant être inférieur à un **minimum de perception** fixé par

1 000 unités ou 1 000 grammes, majoré de 10 % pour les produits dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la CPR du groupe considéré.

En outre, il est **toujours prévu que** :

- lorsque la CPR d'un groupe de produits est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués de ce groupe, le pourcentage de 94 % peut être augmenté jusqu'à 110 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget ;

- lorsque le prix de vente au détail homologué d'un produit est inférieur à 95 % du prix moyen des produits du même groupe constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.

Il est toutefois précisé que les pourcentages de 84 % et 110 % sont fixés respectivement à **84 % et à 100 % pour les cigares et cigarillos**.

Les taux spécifiques s'établiront donc comme suit.

#### **Taux spécifique du droit de consommation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013**

(en %)

<b>Cigarettes</b>	12,5 (*)
<b>Cigares et cigarillos</b>	5
<b>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</b>	30
<b>Autres tabacs à fumer</b>	10
<b>Tabacs à priser</b>	0
<b>Tabacs à mâcher</b>	0

(\*) 15 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013

(2) La hausse du taux normal

La nouvelle rédaction proposée par le **II** du présent article pour l'article 575 A du CGI fixe les taux normaux comme suit.

#### **Taux normal du droit de consommation**

(en %)

	<b>Avant PLFSS 2013</b>	<b>Après PLFSS 2013</b>
<b>Cigarettes</b>	64,25	64,25 (*)
<b>Cigares et cigarillos</b>	27,57	28
<b>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</b>	60	60,0 (**)
<b>Autres tabacs à fumer</b>	52,42	55
<b>Tabacs à priser</b>	45,57	50
<b>Tabacs à mâcher</b>	32,17	35

(\*) 64,7 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013

(\*\*) 62 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013

(3) L'augmentation du minimum de perception

La nouvelle rédaction proposée par le **II** du présent article pour l'article 575 A du CGI établit les minimums de perception comme suit.

**Evolution des minimums de perception**

(en euros)

	Avant PLFSS 2013	Après PLFSS 2013
<b>Cigarettes (pour 1 000 unités)</b>	183	195
<b>Cigares et cigarillos (pour 1 000 unités)</b>	89	90
<b>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes (par kilo)</b>	115	125
<b>Autres tabacs à fumer (par kilo)</b>	60	70

(4) Le calendrier de mise en œuvre

Le **III** du présent article précise que le dispositif entre en application à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2013**.

Trois taux augmentent, par ailleurs, à compter du **1<sup>er</sup> juillet 2013** :

- pour les cigarettes, le taux normal et le taux spécifique passent respectivement de 64,25 % et 12,5 % à 64,7 % et 15 % ;

- pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, le taux normal passe de 60 % à 62 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article **sans modification**.

*c) La position de votre rapporteur pour avis*

(1) La fiscalité du tabac : une réforme en continue

La fiscalité du tabac a connu une récente adaptation en 2010 et les dispositions proposées dans le présent article s'inscrivent dans la **continuité**.

Modifiant l'article 575 du CGI, **l'article 73 de la loi précitée du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010** a, en effet, initié ce mouvement. Ses objectifs étaient multiples :

- substituer à la notion de « cigarette de la classe de prix la plus demandée » (CCPD), qui servait jusqu'alors de pivot à la fiscalité sur les cigarettes, **la notion de PMP** ;

- **augmenter les taux du droit de consommation et du minimum de perception applicables aux cigarettes et au tabac fine coupe destiné à rouler des cigarettes** ;

- supprimer les prix seuils en dessous desquels les cigarettes ne pouvaient être légalement vendues sur le territoire français ;

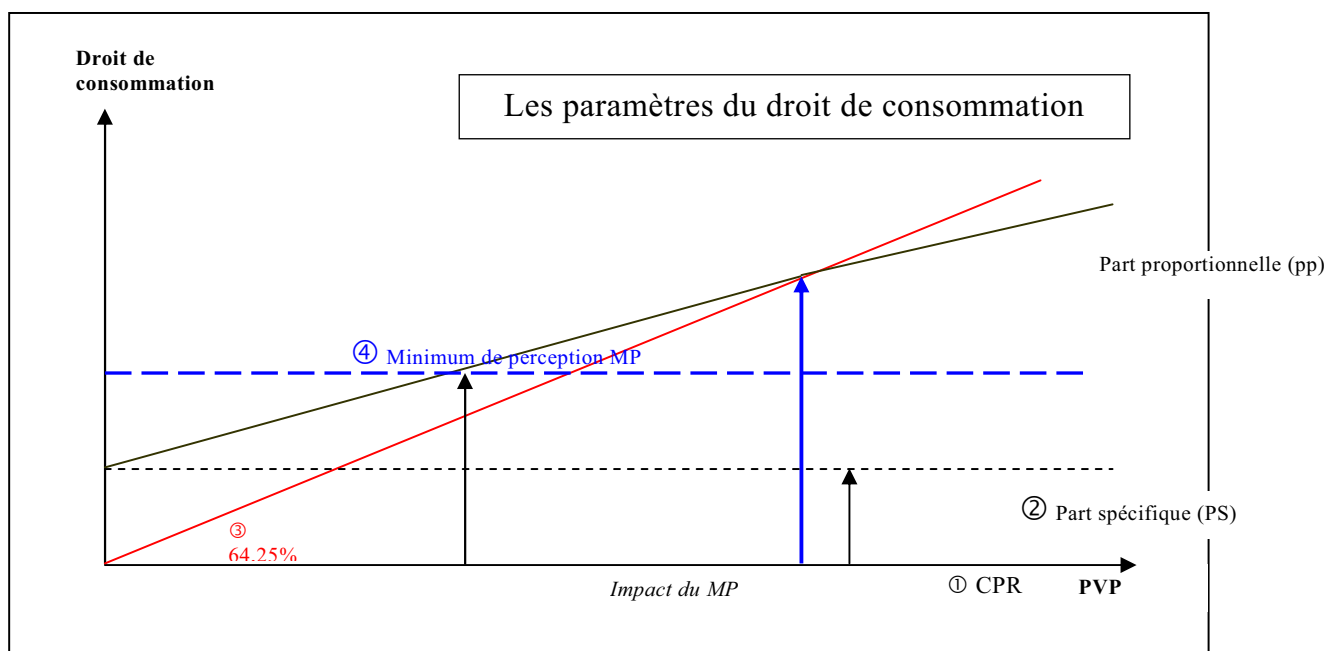
- aménager les règles de détention et de circulation des produits de tabac (notamment en supprimant le plafond de 1 kilogramme au-dessus duquel

ceux-ci ne peuvent être légalement introduits par des particuliers sur le territoire français) ;

- rendre applicable le droit de consommation aux produits de tabac commercialisés dans le département de Mayotte.

Le dispositif proposé par le présent article consiste maintenant à **étendre à tous les produits du tabac les mécanismes fiscaux applicables à la cigarette**. Désormais, toute la fiscalité des produits du tabac suit les mêmes règles. Elle s'appuie sur un système « mixte » conjuguant une part spécifique et une part proportionnelle. Ce système est résumé par le tableau ci-dessous.

### La mécanique du droit de consommation



Source : DGDDI

Le dispositif proposé vise également à **une simplification du mode de calcul de la part spécifique**. Celle-ci est désormais déterminée à partir de la CPR et non de la charge fiscale de la CPR.

**Le taux normal du droit de consommation devient ainsi la somme du taux spécifique et de celui appliqué pour le calcul de la part proportionnelle.**

(2) Une fiscalité « mixte » conforme au droit communautaire

**La directive 2011/64/UE du 21 juin 2011** concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés définit les grands principes communautaires s'appliquant à la fiscalité du tabac.

En particulier, elle dispose que :

- la structure de la fiscalité de la cigarette est mixte : elle comporte un élément spécifique par unité de produit et un élément proportionnel fondé sur le prix de vente au public (PVP) ;

- l'élément spécifique est calculé à partir du PMP de l'année écoulée ;

- **les autres produits du tabac peuvent avoir une fiscalité proportionnelle, spécifique ou mixte** (c'est-à-dire comprenant à la fois une part spécifique et une part proportionnelle au PVP).

Le dispositif proposé par le présent article est **conforme** à ces dispositions, dans la mesure où il fait évoluer la fiscalité des produits de tabac autres que la cigarette vers un système « mixte ».

(3) Une mécanique fiscale aux effets inchangés

Le présent article ne bouleverse pas la mécanique, assez complexe, de la fiscalité des cigarettes. Il préserve au contraire **les marges de manœuvre** dont dispose l'Etat en la matière, en l'étendant aux autres produits de tabac.

En effet, la coexistence d'un droit de consommation, divisé entre une part fixe (spécifique) et une part proportionnelle, et d'un minimum de perception offre à l'Etat **trois outils pour influencer sur le prix de vente des cigarettes (et des autres produits de tabacs). Les effets de ces trois outils sont cependant très différents les uns des autres.**

• **Toute augmentation du taux normal du droit de consommation (et de la fiscalité sur les cigarettes en général) se traduit nécessairement par une hausse exponentielle du prix de vente de détail si le fabricant ou le distributeur souhaite maintenir sa marge.**

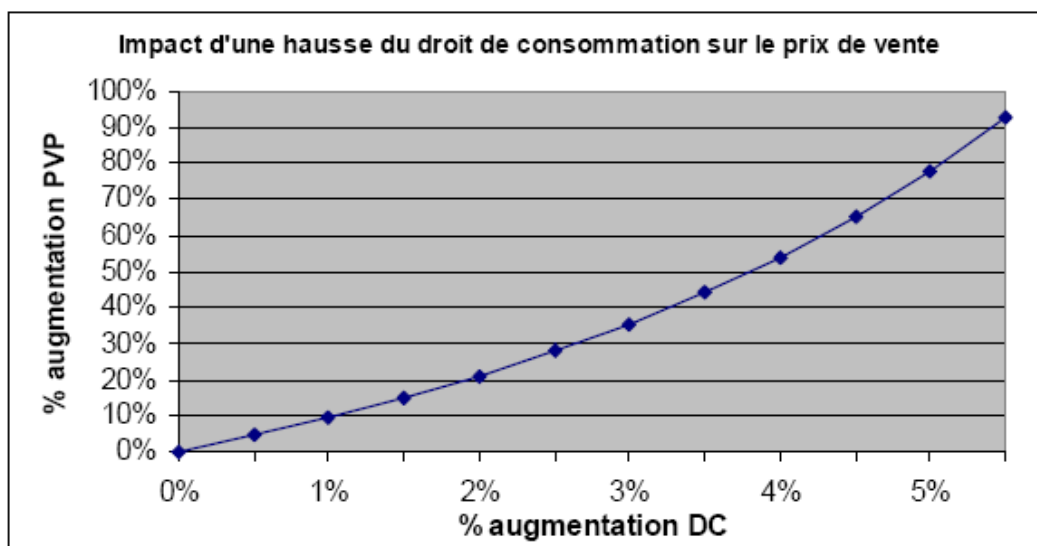
En effet, le niveau actuel de fiscalité (droit de consommation et TVA), auquel il faut ajouter la rémunération des débitants de tabac, est tel que **la marge des fabricants et distributeurs est très réduite** (à peine supérieure à 11 %), ainsi que l'illustrent les deux exemples suivants.

### La décomposition du prix de vente public (PVP) des cigarettes

Structure de prix	Taux	Exemple (en euros)	Exemple (en euros)
Prix de vente au détail (pour un paquet de 20 cigarettes)		5,7	6,2
Remise brute allouée au débitant	8,54 % du prix de vente au détail pour les autres produits du tabac	0,48	0,52
Droit de consommation	64,25 %	3,66	
qui se décompose en :			
- une part proportionnelle au prix de vente au détail	54,57 %		3,38
- une part spécifique en euros pour 1 000 cigarettes	27,58 euros		0,55
TVA	16,388 % du prix de vente au détail	0,93	1,01
Charge fiscale totale		4,59	4,94
soit par rapport au prix de vente au détail		80,52 %	79,67 %

Source : DGDDI

**L'impact de la hausse du droit de consommation est donc fort sur le prix de vente public (PVP).** Le tableau ci-dessous rend présente une simulation des effets économiques attendus d'une telle augmentation.



Source : DGDDI

**Une augmentation d'un point du taux du droit de consommation, de 64 % à 65 % par exemple, entraîne ainsi une augmentation de 9,6 % du prix de vente à élasticité volume-prix constante.** Comme celle-ci est inférieure à un, le fabricant ou le distributeur qui souhaite maintenir sa marge est contraint d'augmenter davantage encore ses prix.

Cet effet exponentiel sur les prix de vente (à marge constante) de toute hausse du taux du droit de consommation constitue un **argument fort pour l'administration** dans sa négociation avec les fabricants et les distributeurs de cigarettes afin de les inciter à augmenter « d'eux-mêmes » leur prix, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la fiscalité.

- L'augmentation du taux de la part spécifique (qui est fixe) frappe proportionnellement plus fortement les cigarettes vendues moins chères que la CPR, c'est-à-dire celles dont le prix du paquet est compris entre 5,36 euros et 5,70 euros actuellement. Un tel relèvement favorise donc les cigarettes vendues plus chères que celle-ci. Dans le schéma *supra* rendant compte de la mécanique du droit de consommation, le déplacement vers le haut de la droite en pointillés représentant la part spécifique entraîne en outre « l'aplatissement » de la droite représentant la part proportionnelle. Comme la part proportionnelle frappe logiquement plus fortement les cigarettes vendues plus chères que la CPR, **celles-ci sont donc doublement favorisées par l'augmentation de la part spécifique.**

- L'augmentation du taux de la part proportionnelle du droit de consommation frappe indifféremment les cigarettes les plus chères comme les moins chères, avec l'avantage d'un rendement budgétaire important. Cependant, sans relèvement du minimum de perception, elle augmente l'écart de prix entre les cigarettes et, par conséquent, **favorise les fabricants de cigarettes d'entrée de gamme.**

- Enfin, le relèvement du minimum de perception « écrase » le marché en renchérissant uniquement le prix des cigarettes les moins chères auquel il s'applique, **favorisant ainsi indirectement les fabricants vendant des cigarettes plus chères que la CPR.**

(4) Une stratégie efficace, sans déséquilibrer le marché des produits de tabac

**La stratégie conduite depuis plusieurs années par l'Etat, dans laquelle s'inscrit le dispositif proposé, consiste en un relèvement progressif et ordonné des prix de vente des produits de tabac afin d'en diminuer la consommation, tout en évitant un choc fiscal susceptible de déporter la consommation légale vers le marché noir et la fraude.** Une hausse trop forte et trop rapide pourrait en effet détourner massivement les consommateurs vers des circuits autres que ceux officiels et encourager les achats transfrontaliers<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La DGDDI estime que 20 % des cigarettes sont achetées « hors marché », c'est-à-dire en dehors des circuits légaux de distribution sur le territoire national.

**Cette stratégie est concluante** depuis le milieu des années 2000 avec une baisse en volume d'achat de 5 % par an (à l'exception des années 2009 et 2010 où les volumes ont augmenté de manière atypique). Cette baisse de 5 % en volume est encore l'objectif recherché, plus ou moins explicitement, pour 2013 *via* le dispositif proposé.

Parallèlement, **l'Etat a le souci de ne pas déstabiliser le marché** des produits de tabacs par une utilisation trop brutale des outils (droit de consommation, avec sa part spécifique et sa part proportionnelle, et minimum de perception) qu'il a à sa disposition. Les différents curseurs doivent en effet être manipulés avec précaution au risque d'entraîner un report sur des produits bas de gamme (cigarettes « *low price* », tabacs à rouler, tabacs à mâcher...). Ce risque est d'autant plus fort que les tensions sur le pouvoir d'achat et les effets de la crise économique se font sentir sur les ménages.

**L'ajustement à la hausse du minimum de perception** proposé par le présent article permet d'ailleurs, à cet égard, de faire jouer un « effet cliquet » et d'éviter toute tentation de baisse de prix chez les fabricants à la suite de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions fiscales. Cette majoration du minimum de perception reste toutefois modérée et laisse à l'Etat des marges de manœuvre pour 2013, en fonction de l'évolution du marché à cette date.

Eu égard aux faibles marges des fabricants et distributeurs de tabac, **il est attendu de la hausse de la fiscalité proposée un relèvement de leurs prix de vente**. L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale indique que « *le rehaussement des droits d'accise programmé au 1<sup>er</sup> juillet 2013 représente, à prix constant, une diminution de l'ordre de 5 % du chiffre d'affaires hors taxe des industriels* ». L'étude précise qu'« *afin de maintenir leur niveau de rémunération sur un paquet de cigarettes, les industriels devront augmenter les prix de 6 %* ».

S'il est possible de résumer la logique adoptée par l'Etat au cours des dernières années, on peut donc dire que **la ligne directrice consiste en une recherche de la réduction des volumes d'achat, tout en préservant la valeur globale de ces achats**. Exprimé différemment, il s'agit de poursuivre un objectif majeur de santé publique (limiter la consommation de tabac) sans réduire la ressource fiscale, ni déstabiliser le marché national.

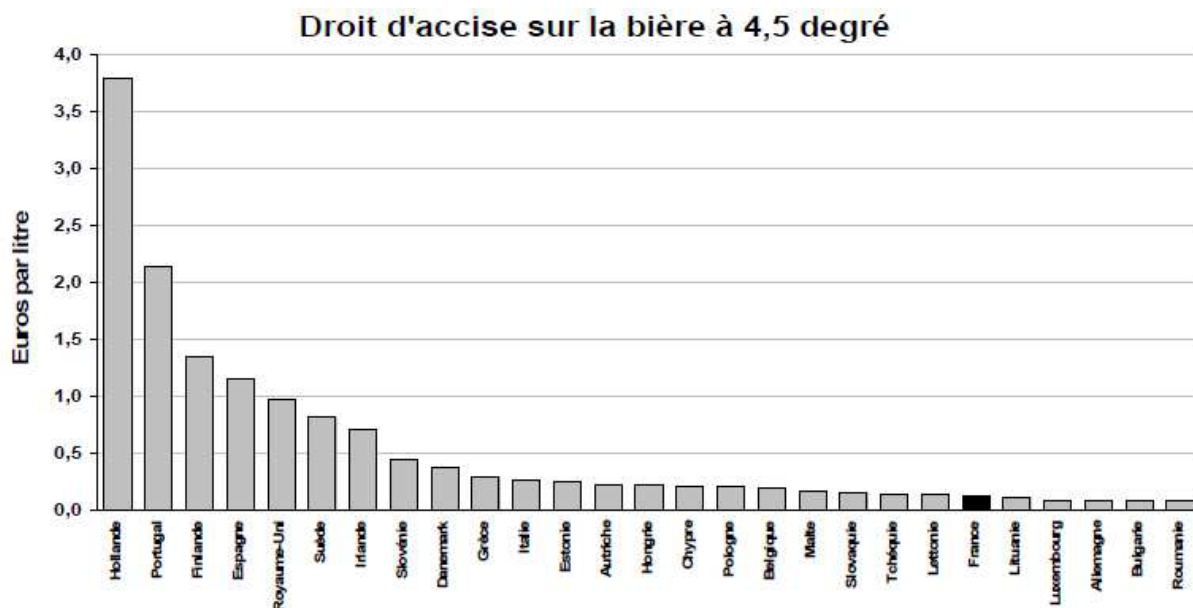
## **2. Hausse de la fiscalité sur les bières (article 23)**

L'**article 23** du présent projet de loi propose de **relever les taxes applicables à la bière**.

### *a) Une fiscalité sur les bières relativement faible*

L'évaluation préalable annexée au présent article fournit une comparaison européenne du niveau de taxation des bières. **La France se situe au 22<sup>e</sup> rang des pays de l'Union européenne**.





Source : annexe 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Cette situation paraît d'autant plus paradoxale que les bières figurent parmi les alcools les plus accessibles, en particulier par les mineurs. Par conséquent, **le niveau actuel de la fiscalité applicable à la bière semble en contradiction avec les objectifs actuels de santé publique.**

En outre, la bière fait figure d'exception dans un contexte marqué par l'augmentation des taxes sur les boissons alcooliques. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012<sup>1</sup> a **aménagé l'assiette ainsi que le niveau des droits de consommation et des cotisations sociales sur les alcools.** Il en a résulté une hausse des prix pour ces boissons.

Jusqu'à présent, **la bière est restée en dehors de ce mouvement,** indexation automatique du taux de l'ensemble des taxes sur les alcools par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mise à part<sup>2</sup>. Ainsi, **la fiscalité spécifique de la bière est restée inchangée depuis près de quinze ans.** Ceci explique la constance du rendement sur les bières depuis plusieurs années (soit environ 300 millions d'euros).

*b) La hausse modérée des tarifs sur la consommation des bières*

Le présent article prévoit d'augmenter le droit de consommation sur les bières, par hectolitre :

- **de 1,38 à 3,60 euros,** par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique est compris entre 0,5 % et 2,8 % en volume ;

<sup>1</sup> Cf. article 22 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

<sup>2</sup> Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

- de **2,75 à 7,20 euros** au-delà.

De même, il propose de modifier les tarifs dérogatoires prévus pour les bières de plus de 2,8 % en volume produites par les petites brasseries indépendantes :

- de **1,38 à 3,60 euros**, par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;

- de **1,64 à 3,60 euros**, par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est comprise entre 10 000 et 50 000 hectolitres ;

- de **2,07 à 3,60 euros**, par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est comprise entre 50 000 et 200 000 hectolitres.

#### **L'impact du dispositif sur les taux du droit de consommation des bières**

*(en euros par hectolitre et par degré alcoométrique)*

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Evolution 2013/2012</b>
<b>Titre alcoométrique ≤ 2,8 % vol.</b>	1,38	3,60	+ 160,9 %
<b>Titre alcoométrique &gt; 2,8 % vol.</b>			
<i>Production &gt; 200 000 hL</i>	2,75	7,20	+161,8 %
<i>50 000 hl &lt; Production ≤ 200 000 hL</i>	2,07	3,60	+ 73,9 %
<i>10 000 hl &lt; Production ≤ 50 000 hL</i>	1,64	3,60	+ 119,5 %
<i>Production ≤ 10 000 hL</i>	1,38	3,60	+ 160,9 %

Source : commission des finances

**La hausse des tarifs du droit de consommation sur les bières reste relativement modérée.** A titre d'exemple, pour un litre de bière à 4,5° produit par une grande brasserie, le droit spécifique sera augmenté de 20 centimes seulement.

Par ailleurs, le dispositif voté par l'Assemblée nationale n'aura qu'**un impact limité sur les petites et moyennes unités de production.** En effet, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de nos collègues députés Jean-Marc Germain et Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement limitant à 3,60 euros les nouveaux tarifs

pour la bière brassée dans des entreprises dont la production est comprise entre 10 000 et 200 000 hectolitre<sup>1</sup>.

Il est ainsi **mieux tenu compte de la fragilité économique et financière des petites brasseries, artisanales et régionales**. Selon notre collègue député Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, « *les sites concernés par notre amendement sont au nombre de 442, dont 52 brasseries artisanales, 227 microbrasseries, 73 dites CHR – intégrées à un café, à un hôtel ou à un restaurant* »<sup>2</sup>.

De ce fait, **la hausse des taxes sur la bière est concentrée sur les plus grandes entreprises** dont Gérard Bapt a indiqué qu'elles représentaient plus de 95 % de la production et de la consommation française.

*c) Une mesure génératrice de recettes conséquentes pour la sécurité sociale*

Le rendement du seul droit sur les bières est actuellement de 300 millions d'euros. Initialement, la mesure proposée aurait rapporté, selon le Gouvernement et à volume de consommation inchangé, **480 millions d'euros supplémentaires** (soit + 160 % du rendement actuel).

Dans ce schéma d'origine, le choix était d'en attribuer **330 millions d'euros** à la caisse d'assurance maladie (CNAM) et **150 millions d'euros** au régime agricole.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement à votre rapporteur, la modification apportée par l'Assemblée nationale au dispositif initial a pour conséquence de **réduire de 8,5 millions d'euros le rendement supplémentaire attendu** du droit de consommation, qui passe ainsi de 480 millions d'euros à **471,5 millions d'euros**.

L'Assemblée nationale ayant adopté, à l'initiative de Gérard Bapt, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement qui tend à simplifier la répartition des taxes affectées au régime agricole et à la CNAM, **la totalité des recettes issues de la taxation des boissons sont dirigées vers le régime agricole**<sup>3</sup>. Par conséquent, **si le surplus de recettes de 471,5 millions d'euros est attribué au régime agricole, les autres régimes bénéficient également de ce dernier par le biais de réattributions de taxes**.

---

<sup>1</sup> Le projet initial du Gouvernement était une hausse des tarifs de 1,64 à 4,32 euros pour la bière brassée dans les entreprises produisant entre 10 000 et 50 000 hectolitres et de 2,07 à 5,40 euros pour celle brassée dans les entreprises à la production comprise entre 50 000 et 200 000 hectolitres.

<sup>2</sup> Assemblée nationale, compte rendu des débats de la deuxième séance du 25 octobre 2012.

<sup>3</sup> Cette réaffectation se fait à ressources constantes pour les régimes concernés. Ainsi, le rapporteur général des affaires sociales de l'Assemblée nationale a également réattribué des taxes allant au régime agricole à d'autres régimes de sécurité sociale.

### **3. Taxe sur les boissons énergisantes (article 23 bis)**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec avis favorable du Gouvernement, portant article additionnel à l'initiative de Jean-Marc Germain et des membres du groupe socialiste, tendant à mettre en place une **taxe spécifique sur les boissons énergisantes** contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres.

Le rendement de cette taxe est évalué à **35 millions d'euros**.

**Votre rapporteur pour avis approuve le principe de cette mesure.** Les boissons dites énergisantes doivent effectivement être examinées avec attention. Ces boissons consommées seules ou en mélange avec de l'alcool ont des effets préoccupants sur la santé.

Comme l'a indiqué la ministre chargée de la santé en séance publique, *« plusieurs éléments, sinon un faisceau d'indices nous amènent à penser que l'impact de ces boissons énergisantes sur la santé est plus qu'inquiétant, même si le lien entre la consommation de ces produits et un certain nombre d'accidents ne peut pas être formellement établi, qui amènerait à les retirer du marché »*.

Comme il l'avait indiqué dans son avis sur le PLFSS pour 2012 s'agissant des taxes comportementales introduites en loi de finances pour 2012 (taxes sur les boissons sucrées, notamment), **le recours au levier fiscal en la matière doit néanmoins s'accompagner d'une politique de prévention de santé publique.**

#### ***F. LES MESURES RELATIVES AU SECTEUR DU MÉDICAMENT***

##### **1. Suppression de la taxe destinée à financer les études médico-économiques de certains médicaments et produits de santé (article 24 bis)**

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement portant article additionnel **supprimant la taxe introduite par la LFSS pour 2012 destinée à financer les études médico-économiques de certains médicaments.**

L'article 47 de la LFSS pour 2012 avait, en effet, prévu la réalisation d'une **évaluation médico-économique** des produits de santé en fonction notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie, et des coûts prévisibles de sa prescription. Pour financer ces évaluations, avait été instaurée, dans le même temps, une **taxe que les entreprises concernées devaient acquitter auprès de la Haute autorité de santé.**

Or l'existence de cette taxe aurait généré des **difficultés juridiques**. Selon les explications données en séance publique par la ministre chargée de la santé : *« ce dispositif revient à demander à la Haute autorité de santé de désigner elle-même les entreprises qui seront ou ne seront pas taxées, ce qui crée un problème juridique. Ce qui a totalement bloqué le dispositif : aucune évaluation n'a été réalisée. Pour que ces évaluations puissent se poursuivre, nous proposons de **supprimer tout lien entre le prélèvement de la taxe par la Haute autorité de santé et la réalisation des évaluations.** »*

Il est donc proposé de **supprimer cette taxe** afin de procéder à une évaluation médico-économique de tous les produits de santé en tant que de besoin.

**Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui ne remet pas en cause le principe des évaluations médico-économiques qui permettent d'apprécier la relation entre l'intérêt thérapeutique d'un traitement et son coût économique. Ce principe est un levier important d'économies structurelles en matière de dépenses de santé.**

En revanche, le mode de financement de ces études est modifié. Selon les données transmises par la ministre chargée de la santé en séance publique, *« le rendement de la taxe instaurée en vertu de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 était très modique puisqu'il avait été évalué à 30 000 euros. Cette somme sera facilement couverte par le fonds de roulement de la Haute autorité de santé, qui reste tout à fait confortable. »*

## **2. Taxe sur les dépenses de promotion des médicaments et des produits de santé (article 24 ter)**

A l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel **élargissant l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.**

*a) La taxe sur les dépenses de promotion des médicaments et la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux*

- En application des articles L. 245-1 à L. 245-5-1-A du code de la sécurité sociale, la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, dont le produit est affecté à la CNAMTS et à la HAS, est due par les laboratoires dont le chiffre d'affaires dépasse 15 millions d'euros.

La contribution est assise sur les frais de prospection et d'information des praticiens (rémunération des visiteurs médicaux auprès des médecins de ville et des établissements de santé ; remboursement des frais de transport, de repas ou d'hébergement de ces visiteurs ; frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée).

L'assiette de la contribution fait l'objet d'un abattement.

Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème progressif, comprenant quatre tranches.

- Une taxe, proche dans son principe, a été introduite pour les dépenses de publicité relatives aux dispositifs médicaux par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

En application des articles L. 245-5-1 et suivants du code de la sécurité sociale, la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux est due par les entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux inscrits aux titres I<sup>er</sup> (Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements), II (orthèses et prothèses externes), III (Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine) de la liste des prestations et produits remboursables (LPP).

Elle est assise sur les frais de prospection et d'information à destination des professionnels de santé, à savoir la rémunération des visiteurs médicaux, le remboursement des frais de transport, des frais de repas et des frais d'hébergement de ces visiteurs, ainsi que sur les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée.

Elle fait l'objet d'un abattement forfaitaire de 50 000 euros et son taux est fixé à 15 %. Les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxe est inférieur à 11 millions d'euros en sont exonérées.

Son produit est aujourd'hui également affecté à la CNAM et à la Haute autorité de santé.

*b) Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale*

Selon l'auteur de l'amendement, « *dans l'état actuel du droit, sont incluses dans l'assiette les seules dépenses qui mentionnent une spécialité remboursable. Cette rédaction ne permet pas de freiner des dépenses de promotion, qui en ciblant une pathologie ou une problématique de santé, poursuivent le même objectif même sans mentionner le nom de la spécialité.* »

Aussi, le dispositif proposé prévoit de considérer que, **par principe, les dépenses de promotion qui ne mentionnent pas explicitement une spécialité non remboursable entrent dans l'assiette de la contribution.**

Cet amendement de la commission des affaires sociales a été sous-amendé par notre collègue député, Christian Paul, afin d'inclure dans l'assiette de la contribution **une partie des frais de congrès, y compris les dépenses directes et indirectes d'hébergement et de transport.**

**Votre rapporteur pour avis approuve ces dispositions, considérant que la maîtrise des dépenses de médicament doit s'accompagner d'une régulation de l'effort promotionnel des laboratoires.**

### 3. Fixation du « taux K » de la clause de sauvegarde (article 25)

L'article 25 du présent projet de loi fixe le « **taux K** » pour le calcul des contributions au titre de la clause de sauvegarde en 2013 à 0,4 %.

a) *Le dispositif de la clause de sauvegarde, une participation des entreprises pharmaceutiques à la régulation des dépenses de l'assurance maladie*

On rappellera que la clause de sauvegarde, instituée par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, consiste dans le versement, à l'assurance maladie, d'une **contribution des laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables** – et de la « liste en sus » depuis 2009 – **a crû plus vite qu'un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale**. Ce taux – qui déclenche le mécanisme de la clause de sauvegarde – est appelé « **taux K** ».

Les entreprises **peuvent être exonérées du paiement de cette contribution si elles choisissent de contracter une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS)**. Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et s'acquitter en contrepartie de remises conventionnelles.

b) *Le maintien de la participation des entreprises pharmaceutiques à l'effort de régulation des dépenses de médicaments*

Le présent projet de loi de financement propose de fixer à **0,4 % le « taux K », prolongeant ainsi la participation de l'industrie pharmaceutique à l'effort de régulation des dépenses de médicament**.

Le tableau suivant rappelle l'évolution depuis 2000 du taux K, évolution assez erratique.

#### Evolution du « **taux K** »

(en %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux « K »	3	3	4	3	1	1	1	1,4	1,4	1,0	0,5	0,5

Source : lois de financement de la sécurité sociale

Il convient de rappeler que la clause de sauvegarde constitue en réalité **une « contribution théorique »**, dans la mesure où la quasi-totalité des entreprises ont choisi l'alternative qui leur est proposée de conclure des conventions avec le CEPS plutôt que de se voir appliquer la clause de sauvegarde.

**L'impact financier de cette mesure devrait néanmoins s'élever à 10 millions d'euros**, en raison de l'impact de l'abaissement du taux K sur les remises conventionnelles, calculées en fonction de celui-ci.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale. **Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui intervient chaque année en loi de financement de la sécurité sociale et est destinée à faire participer l'industrie pharmaceutique à l'effort de régulation des dépenses de médicaments.**

### ***G. LES AUTRES MESURES***

#### **1. Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs (article 15)**

L'article 15 du présent projet de loi de financement prévoit la **suppression de la possibilité pour les particuliers employeurs d'utiliser une assiette forfaitaire pour calculer les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés.**

##### *a) Le mécanisme de l'assiette forfaitaire*

L'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale (CSS) fixe l'assiette des cotisations et contributions dues pour les **employés de maison** et les **personnes employées par des particuliers** pour la mise en état et l'entretien des jardins.

Cet article offre le choix entre **assiette forfaitaire** et **assiette réelle**. C'est-à-dire qu'il permet de calculer les cotisations et contributions dues sur la base :

- soit d'une assiette forfaitaire égale, par heure de travail, à une fois la **valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)** ;
- soit des **rémunérations réellement versées au salarié** (assiette réelle).

L'article L. 133-7 précité vise les « *cotisations et contributions sociales d'origine légale et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi* ». La possibilité d'opter pour l'assiette forfaitaire concerne donc l'**ensemble des cotisations de sécurité sociale** (maladie, maternité, invalidité, décès, allocations familiales, accident du travail), la **contribution sociale généralisée (CSG)**, la **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)**, la **cotisation au fonds national d'aide au logement (FNAL)**, la **contribution de solidarité autonomie (CSA)**, les **cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire**, ainsi que les **cotisations et contributions de formation professionnelle et de prévoyance**.

Ce dispositif **n'est pas cumulable avec une autre exonération totale ou partielle ou avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.**



Le choix de l'assiette, forfaitaire ou réelle, **doit obligatoirement faire l'objet d'un commun accord entre l'employeur et le salarié**. A défaut d'accord, l'assiette réelle est retenue.

*b) Un dispositif peu efficace et défavorable aux salariés*

(1) Un dispositif devenu inutile pour lutter contre le travail au noir

Le mécanisme de l'assiette forfaitaire pour les employés de maison a été institué par un **arrêté du 23 décembre 1968**<sup>1</sup> puis inscrit dans la loi, à l'article L. 133-7 du CSS, par une **ordonnance du 18 décembre 2003**<sup>2</sup>. La vocation de ce dispositif était, à l'origine, **d'inciter au respect des obligations déclaratives des employeurs**.

Le mécanisme de l'assiette forfaitaire est coûteux. En effet, selon l'évaluation préalable annexée au présent article, **sa suppression conduirait à un rendement global de 475 millions d'euros en 2013**, se répartissant entre le régime général (pour 340 millions d'euros) et les autres organismes sociaux (soit 135 millions d'euros pour la retraite complémentaire et l'assurance chômage).

Toutefois, **son efficacité est incertaine**. Comme l'indique le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales de juin 2011, également appelé « rapport Guillaume » : « *Au regard de l'objectif d'incitation à la régularisation des emplois non déclarés, la déclaration sur une base forfaitaire est finalement à l'origine d'une sur-calibration des aides* »<sup>3</sup>.

La base forfaitaire a pour effet de rendre la relation de gré à gré<sup>4</sup> financièrement plus intéressante que le travail au noir. Cependant, **pour les salariés déclarés sur une base réelle, la relation de gré à gré représente un coût identique (ou légèrement inférieur) au travail au noir**. Cette situation résulte des nombreuses autres aides existant en faveur de l'emploi à domicile<sup>5</sup>. Par conséquent, **le mécanisme de la base forfaitaire semble avoir perdu de son utilité pour lutter contre le travail au noir**.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 23 décembre 1968 du ministre d'Etat chargé des affaires sociales fixant le taux des cotisations forfaitaires de sécurité sociale dues au titre des employés de maison.

<sup>2</sup> Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs.

<sup>3</sup> Annexe C, « Evaluation des dépenses fiscales et des niches sociales en faveur des services à la personne », au rapport au comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, juin 2011.

<sup>4</sup> Une relation de gré à gré désigne le recrutement direct d'un salarié déclaré par un particulier employeur, sans l'intervention d'un intermédiaire (association, entreprise ou organisme de services à la personne).

<sup>5</sup> Cf. infra.

(2) Un mécanisme défavorable aux salariés concernés

Le choix de la base forfaitaire est associé, pour les salariés, à **une diminution du montant de la retraite, des indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accident du travail ainsi que des allocations chômage en cas de perte de l'emploi.**

Aussi l'évaluation préalable annexée au présent article estime-t-elle la perte nette, pour un salarié, de pension de retraite résultant du choix de la base forfaitaire :

(en euros 2012)

Salaire de référence	Pension nette mensuelle en 2022 (assiette réelle)		Pension nette mensuelle en 2022 (assiette forfaitaire)		Perte nette mensuelle de pension en 2022
	Base	Complémentaire	Base	Complémentaire	
1 SMIC	698	311	698	311	0
1,1 SMIC	838	373	733	343	135
1,5 SMIC	1 047	467	846	391	277
2,5 SMIC	1 396	622	1 088	471	459

Source : évaluation préalable annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Ainsi, un salarié dont la rémunération est de 1,5 SMIC (la rémunération est de **1,35 SMIC en moyenne dans le secteur des services à la personne**) verra le montant de sa pension de retraite minoré, en cas de départ à la retraite en 2022, de 277 euros par mois s'il est déclaré sur la base de l'assiette forfaitaire.

C'est pourquoi la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne<sup>1</sup> avait institué une **incitation pour les employeurs à cotiser sur une assiette réelle**. Son article 6 prévoyait une **réduction de 15 points des cotisations patronales** en cas d'option pour l'assiette réelle. Ce dispositif a connu un succès certain puisqu'en 2010, deux employeurs sur trois avaient opté pour l'assiette réelle.

Le coût important de cette réduction, égal à **303,2 millions d'euros lors de l'exercice 2010**<sup>2</sup>, a conduit le précédent Gouvernement à proposer sa suppression dans le cadre de la loi de finances initiale pour 2011<sup>3</sup>. Depuis cette suppression, **les particuliers employeurs ne sont plus incités à déclarer leurs salariés sur la base du salaire réel.**

<sup>1</sup> Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

<sup>2</sup> Annexe 5, « Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations », au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

<sup>3</sup> Cf. article 200 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

La situation actuelle est caractérisée par un risque d'augmentation des déclarations sur la base de l'assiette forfaitaire, moins favorable aux salariés, alors même que ce dispositif présente désormais une utilité limitée pour lutter contre le travail au noir.

*c) La suppression de l'assiette forfaitaire : une économie substantielle pour un effet limité sur le secteur des services à la personne*

(1) L'agrégation des aides aux services à domicile

Depuis une vingtaine d'années, les aides au secteur des services à la personne se sont multipliées. En 2012, **l'ensemble des niches fiscales et sociales existant en faveur de ce secteur peuvent être évaluées à 5 675 millions d'euros environ**, soit 4 390 millions d'euros pour les dépenses fiscales et 1 285 milliards d'euros pour les « niches » sociales.

#### **Evaluation des principales dépenses fiscales et « niches » sociales en faveur des services à la personne**

Libellé	Chiffrage 2012*
Crédit d'impôt sur le revenu (IR) au titre de l'emploi d'un salarié à domicile pour les contribuables exerçant une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis au moins trois mois	2 000
Réduction d'impôt sur le revenu (IR) au titre de l'emploi, par les particuliers, d'un salarié à domicile pour les contribuables n'exerçant pas une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois	1 470
Taux de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) réduit à 5,5 % pour les services d'aide à la personne fournis par les entreprises agréées	250
Exonération de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) pour les services rendus aux personnes physiques par les associations agréées	600
Exonération d'impôt sur le revenu (IR) de l'aide financière versée par l'employeur ou par le comité d'entreprise en faveur des salariés afin de financer des services à la personne	70
Exonération des cotisations patronales de sécurité sociale des rémunérations des aides à domicile employées par un particulier fragile	850**
Exonération des cotisations patronales de sécurité sociale des rémunérations des aides à domicile employées par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	Non disponible
Possibilité pour les particuliers employeurs de cotiser sur une assiette forfaitaire égale au SMIC par heure rémunérée	340**
Aide du comité d'entreprise ou de l'entreprise pour le financement d'activités de services à domicile – CESU préfinancé	95**
<b>TOTAL</b>	<b>5 675</b>

\* en millions d'euros

\*\* évaluation en 2011

Source : commission des finances (données du tome II du fascicule « Voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2013 et de l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale)

Le mécanisme de l'assiette forfaitaire ne représente qu'une faible part (un peu moins de 6 %) des aides accordées aux services à domicile. **Les effets de sa suppression sur le secteur des services à domicile devraient donc être limités.**

La solvabilisation de la demande repose principalement sur les dépenses fiscales. Le crédit<sup>1</sup> et la réduction<sup>2</sup> d'impôt sur le revenu (IR) au titre de l'emploi à domicile par les particuliers bénéficient à 3,8 millions de personnes, à hauteur de 3 470 millions d'euros en 2012, et représentent **plus de 60 % des dépenses fiscales et « niches » sociales relatives aux services à domicile**. Par ailleurs, près de 17 000 entreprises et associations de ce secteur profitent d'exonérations ou de baisses de taux au titre de la TVA pour un montant de 850 millions d'euros.

Enfin, **l'accès à l'emploi à domicile par les particuliers fragiles reste assuré par différentes « niches » sociales spécifiques**, telles que les exonérations de cotisations patronales sur les rémunérations versées aux aides à domicile.

Toutefois, une mesure adoptée par l'Assemblée nationale, à l'initiative du rapporteur général de la commission des finances Christian Eckert, neutre pour les finances publiques, devrait renforcer le dispositif de soutien au secteur des services à la personne.

#### (2) L'abattement forfaitaire sur les cotisations patronales

Le crédit et la réduction d'impôt sur le revenu (IR) au titre de l'emploi à domicile par les particuliers permettent de solvabiliser la demande de services à domicile. Néanmoins, **ces avantages fiscaux ne bénéficient aux contribuables concernés que l'année suivant la consommation de ces services, lors de l'acquittement de l'impôt sur le revenu**. Par conséquent, les contribuables doivent avancer le prix des prestations dont ils ont bénéficié, **ce qui peut se révéler difficile pour les ménages les plus modestes**.

Pour cette raison, notre collègue député Christian Eckert a proposé d'instituer un **abattement forfaitaire sur les cotisations patronales**, dont le montant est fixé par décret. Selon Jérôme Cahuzac, ministre délégué en charge du budget, cet abattement devrait être de **0,75 centimes d'euro par heure travaillée**. Ainsi, les particuliers employeurs bénéficieraient d'une aide dès le paiement des prestations de services à domicile.

Les pertes de recettes pour la sécurité sociale, évaluées à **210 millions d'euros** par le Gouvernement, doivent être **compensées par l'Etat**. Aussi est-il prévu de **majorer, à due concurrence, la fraction de taxe sur la valeur**

---

<sup>1</sup> Le crédit d'impôt sur le revenu des personnes physiques (dépense fiscale 110246) concerne les contribuables, exerçant une activité professionnelle ou étant demandeurs d'emploi depuis au moins trois mois, qui emploient un salarié à domicile.

<sup>2</sup> La réduction d'impôt sur le revenu des personnes physiques (dépense fiscale 110214) concerne les contribuables employant un salarié à domicile qui n'exercent pas une activité professionnelle ou qui sont demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois.

**ajoutée (TVA) nette affectée à la sécurité sociale**, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2013<sup>1</sup>.

La perte de ressources pour l'Etat sera, quant à elle, compensée par diverses dispositions adoptées par l'Assemblée nationale, portant sur **l'impôt sur le revenu (IR) et sur l'impôt de solidarité sur la fortune**. Ainsi, **le plafond de l'avantage procuré par la déduction forfaitaire de 10 % des frais professionnels sur le revenu imposable perçu en 2012 a été minoré** de 14 157 euros à 12 000 euros<sup>2</sup>, générant une économie de **75 millions d'euros**. A cela vient s'ajouter une majoration des recettes au titre de l'IR de **125 millions d'euros**, dégagée par une **limitation de la puissance des véhicules retenus pour l'évaluation des frais de déplacement** lorsque les contribuables optent pour le régime des frais réels<sup>3</sup>. En outre, un amendement à l'article 5 du projet de loi de finances précité, **modifiant les seuils de revenus permettant aux contribuables de bénéficier de la dispense de versement de l'acompte** en fonction de la nature des revenus et de la situation fiscale, améliore le rendement de l'IR de **40 millions d'euros**.

Enfin, trois amendements à l'article 9 du projet de loi de finances pour 2013, également adoptés par l'Assemblée nationale, ont prévu **l'abaissement du seuil des tranches et de la décote d'ISF**, permettant un surcroît de recettes de **21 millions d'euros**.

Au total, les mesures adoptées par l'Assemblée nationale au titre de l'impôt sur le revenu (IR) et de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF) améliorent de **261 millions d'euros** les recettes de l'Etat, un montant supérieur au coût induit par le dispositif adopté à l'initiative de Christian Eckert.

*d) Le bilan financier de la suppression de l'assiette forfaitaire*

**La suppression de l'assiette forfaitaire aurait un impact financier tout à la fois sur la sécurité sociale et sur l'Etat**. En effet, l'évaluation préalable annexée au présent article prévoit, dès 2013, un surcroît de recettes de 340 millions d'euros pour le régime général et de 135 millions d'euros pour les autres organismes sociaux, soit une économie totale de **475 millions d'euros** par an.

Toutefois, à partir de 2014, l'augmentation du coût pour les employeurs aura pour effet de **majorer les pertes de recettes résultant du crédit et de la réduction d'impôt sur le revenu (IR) au titre de l'emploi à**

---

<sup>1</sup> Cette majoration de la fraction de TVA nette affectée à la sécurité sociale interviendra par un amendement à l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013. En effet, la discussion de cet article étant intervenue avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, il n'a pas été modifié de manière à tenir compte du dispositif adopté à l'initiative de notre collègue député Christian Eckert. Par conséquent, la majoration de la fraction de TVA nette affectée à la sécurité sociale devra être adoptée lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2013 par le Sénat.

<sup>2</sup> Article 4 bis du projet de loi de finances pour 2013.

<sup>3</sup> Article 4 ter du projet de loi de finances pour 2013.

**domicile par les particuliers.** L'évaluation préalable précitée évalue la perte de recettes à **200 millions d'euros** pour l'Etat. Elle précise que « *l'existence d'un plafond sur ce crédit d'impôt (qui dépend de la composition du foyer fiscal) rend difficile d'estimer précisément cet effet* ». Néanmoins, cette estimation ne tient pas compte des conséquences du dispositif adopté à l'initiative de Christian Eckert qui, en minorant l'assiette du crédit et de la réduction d'impôt sur le revenu (IR) précités, permettra une **moindre montée en charge de ces dépenses fiscales.**

L'article 15 du présent projet de loi de financement, dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, permet tout à la fois de **renforcer les droits sociaux des salariés à domicile** et de **maintenir un niveau élevé de soutien au secteur des services à la personne.** Aussi votre rapporteur pour avis est-il favorable à cet article.

## **2. Régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion d'une rupture conventionnelle homologuée (article 20)**

L'article 20 du présent projet de loi propose d'**assujettir au forfait social, à la charge des employeurs, une part des indemnités de rupture versées en cas de rupture conventionnelle du contrat de travail.**

### *a) Le régime social des indemnités de rupture conventionnelle*

La rupture conventionnelle du contrat de travail correspond à la rupture dont **peuvent convenir en commun l'employeur et le salarié.**

L'article 5 de la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail distingue :

- d'une part, **la rupture conventionnelle au bénéfice d'un salarié n'étant pas en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire** : l'indemnité versée est alors soumise au même régime fiscal et social que l'indemnité de licenciement ;

- d'autre part, **la rupture conventionnelle au bénéfice d'un salarié étant en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire** : dans ce cas, l'indemnité versée est assujettie dès le premier euro à l'impôt sur le revenu, aux cotisations sociales et à la CSG-CRDS.

S'agissant du premier cas – une rupture conventionnelle au bénéfice d'un salarié n'étant pas en droit de bénéficier d'une pension de retraite –, **l'assujettissement aux prélèvements sociaux diffère selon le montant considéré de l'indemnité :**

- la part inférieure au montant de l'indemnité conventionnelle<sup>1</sup> ou, à défaut, de l'indemnité légale n'est assujettie à aucune cotisation ou contribution sociale ;

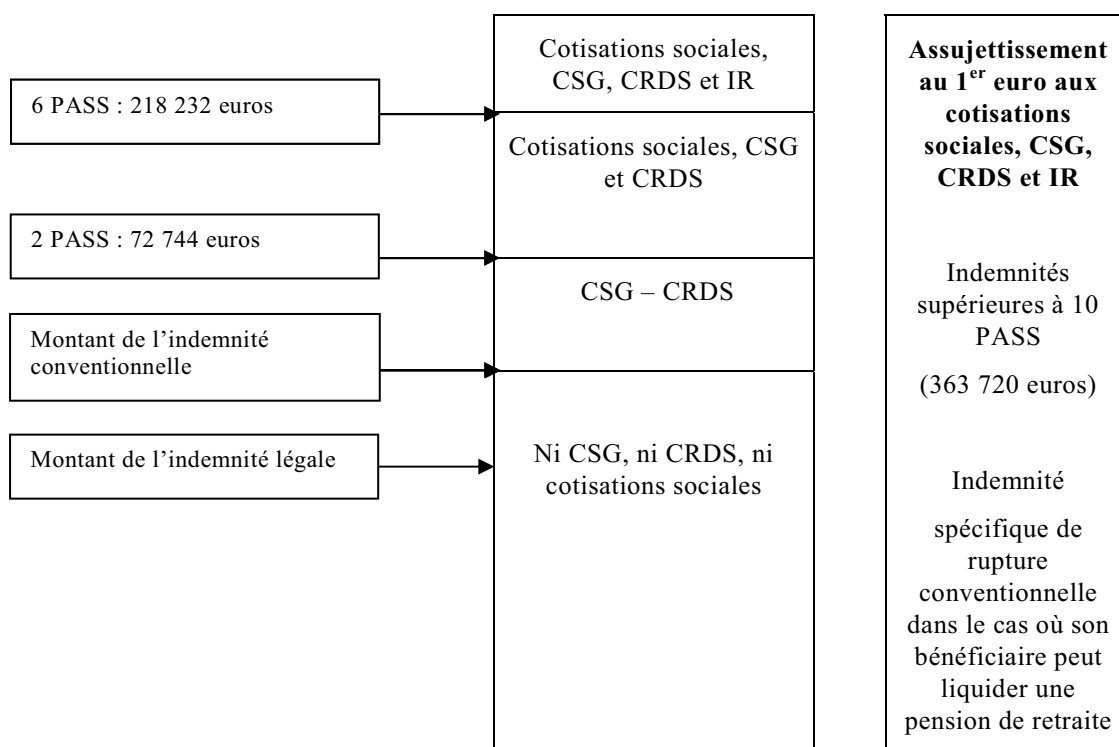
- la part comprise entre ce montant et deux plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS) (72 344 euros) est soumise à la CSG et à la CRDS ;

- la part supérieure à deux PASS est soumise aux cotisations et contributions sociales de droit commun ;

- pour les indemnités dont le montant est supérieur à dix plafonds annuels de la sécurité sociale (363 720 euros), l'assujettissement aux cotisations et contributions sociales intervient au premier euro.

S'agissant du **régime fiscal** de ces indemnités, leur assujettissement à l'impôt sur le revenu s'applique pour la part de l'indemnité supérieure à 6 PASS.

### Régime sociale et fiscal des indemnités de rupture conventionnelle



Source : étude d'impact relative au présent article

Selon les données de l'évaluation préalable relative au présent article, entre août 2008 et juin 2012, **914 000 demandes** de rupture conventionnelle

<sup>1</sup> Indemnité prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel.

ont été homologuées. Près de 61 % des ces ruptures conventionnelles sont demandées par l'employeur. Elles représentent 23 % des motifs de fin de contrat des salariés âgés entre 58-59 ans.

*b) Un assujettissement au forfait social*

L'article 20 du présent projet de loi propose de :

1) assujettir **au forfait social les indemnités de rupture conventionnelle pour leur part exclue de l'assiette des cotisations sociales**, soit la part de l'indemnité qui est inférieure à 6 PASS<sup>1</sup> ;

2) **clarifier les dispositions propres à la CSG**, de façon à indiquer explicitement que l'assujettissement à la CSG n'est pas conditionné à celui prévu pour l'impôt sur le revenu.

En revanche, les autres indemnités de rupture, celles de licenciement, de mise à la retraite, ainsi que celles de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, demeurent exclues de l'assiette du forfait social ;

3) **affecter la recette supplémentaire attendue de la mesure, soit 330 millions d'euros**, à la CNAM, en modifiant pour ce faire la clé de répartition du produit du forfait social :

**Répartition du produit du forfait social**

	<b>Avant PLFSS pour 2013</b>	<b>Après PLFSS pour 2013</b>
CNAMTS	5 points	6,1 points
CNAV	6 points	5,6 points
FSV	9 points	8,3 points

Source : commission des finances

*c) La position de votre rapporteur pour avis*

L'article 20 du présent projet de loi s'inscrit **dans la continuité des mesures adoptées depuis 2009 pour « resserrer » le régime social des indemnités de rupture** et le rapprocher du régime appliqué aux salaires.

Il aurait également pu être envisagé d'assujettir l'ensemble de l'indemnité à la CSG. Cependant, cette mesure aurait fortement pesé sur les salariés, alors que le forfait social est à la charge de l'employeur.

---

<sup>1</sup> Cette assiette d'assujettissement au forfait social se déduit en deux temps : 1) compte tenu des deux critères généraux d'application du forfait social (exclusion de l'assiette de cotisations sociales et assujettissement à la CSG), est automatique soumise au forfait social la part de l'indemnité comprise entre le montant de l'indemnité conventionnelle et 2 PASS ; 2) l'article 20 du présent projet de loi ajoute que, s'agissant des indemnités de rupture conventionnelle, la part de l'indemnité exclue de l'assiette de la CSG est également soumise au forfait social, soit la part de l'indemnité inférieure au montant de l'indemnité conventionnelle. La combinaison du 1) et du 2) conduit à soumettre au forfait social le montant de l'indemnité inférieure à 2 PASS.



Le présent article introduit, enfin, une **différenciation des régimes sociaux appliqués aux indemnités de rupture selon la nature de la rupture du contrat de travail, puisque seules sont concernées par le présent article les ruptures conventionnelles** et, non, les licenciements, les mises à la retraite, ainsi que les départs volontaires dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

Le Gouvernement justifie cette différenciation par le fait que la rupture conventionnelle, à la différence d'un licenciement, n'est pas imputable à une décision unilatérale de l'employeur créant un préjudice. L'indemnité versée dans ce cadre n'est donc pas un préjudice indemnisé, qui justifierait un mécanisme dérogatoire.

### **3. Conditions d'affiliation des élus locaux au régime général (article 17)**

L'article 17 du présent projet de loi propose de **modifier les modalités d'affiliation des élus locaux au régime général.**

*a) Une affiliation aujourd'hui sous conditions et une couverture sociale incomplète*

• Actuellement, **sont rattachés au régime général** pour certains risques, par application de l'article L 381-32 du code de la sécurité sociale, les élus :

- **ayant cessé leur activité professionnelle** pour l'exercice de leur mandat ;
- **et ne relevant plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale.**

Le mandat d'élu local n'étant pas assimilable à une activité professionnelle, les élus locaux autres que ceux éligibles à l'affiliation au régime général conformément aux dispositions de l'article précité ne sont affiliés ni au régime général des salariés, ni au régime des travailleurs non salariés.

**Les élus qui peuvent être rattachés au régime général** sont :

- les maires, quel que soit le nombre d'habitants de la commune et les adjoints aux maires des communes de 20 000 habitants au moins ;
- les présidents des établissements publics de coopération intercommunale et, lorsque ces établissements regroupent 20 000 habitants au moins, les vices-présidents ;
- les présidents des conseils généraux ou régionaux ainsi que les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil général ou de l'exécutif du conseil régional ;

- le président du conseil exécutif de Corse, le président de l'assemblée de Corse et les vice-présidents ayant une délégation de l'exécutif ;

- les présidents des syndicats mixtes constitués de collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale ainsi que les vice-présidents de ces syndicats lorsqu'ils regroupent 20 000 habitants au moins ;

- les maires et adjoints aux maires des arrondissements des villes de Paris, Lyon et Marseille ainsi que les conseillers d'arrondissement de ces villes.

**Sont en revanche exclus :**

- les élus percevant une indemnité et qui n'ont pas cessé leur activité professionnelle salariée ;

- les élus percevant une indemnité et qui bénéficient par ailleurs d'un régime de protection sociale, à titre obligatoire ;

- les élus locaux qui n'ont ni la qualité de maire, ni celle d'adjoint au maire, et qui perçoivent une indemnité pour exercer un mandat spécial, c'est-à-dire les conseillers municipaux (à l'exception des conseillers d'arrondissement des villes de Paris, Lyon et Marseille) ;

- les présidents et vice-présidents des associations syndicales autorisées.

**• Les risques couverts au titre de l'affiliation au régime général des élus affiliés à ce régime sont :**

- les risques vieillesse ;

- les prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité ;

- depuis la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité, les prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès.

En revanche, il n'existe aucune couverture spécifique en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles : selon l'étude d'impact, *« en cas d'accident du travail survenu dans l'exercice de la fonction d'élu, les collectivités locales acquittent des sommes directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, afin de rembourser, sur leur budget de fonctionnement, le montant des prestations afférentes à cet accident ».*

**• Toutes les indemnités** versées par les collectivités territoriales, leurs groupements ou leurs établissements publics, aux élus municipaux, cantonaux et régionaux (que l'élu soit ou non affilié au régime général) **sont aujourd'hui soumises à l'impôt sur le revenu et incluses dans l'assiette de la CSG et de la CRDS.**

S'agissant des élus affiliés au régime général, est en outre prévu un assujettissement aux **cotisations sociales aux taux de droit commun**, soit :

- au titre de la maladie, maternité, invalidité et décès : 12,80 % à la charge de la collectivité territoriale et 0,75 % à la charge de l' élu ;

- au titre de la vieillesse : 9,9 %.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004, la collectivité territoriale est également redevable de la **contribution solidarité autonomie** de 0,3 %.

En cas de cumul d'un mandat visé à l'article L 381-32 du code de la sécurité sociale et d'un autre mandat, les indemnités versées au titre du premier mandat sont soumises à cotisations sociales, tandis que celles versées au titre du second mandat n'acquittent que la CSG et la CRDS.

*b) La mesure proposée*

L'**article 17** du présent projet de loi propose :

1) **l'affiliation de tous les élus locaux** (visés par l'article 72 de la Constitution) **au régime général pour l'ensemble des risques** (maladie, vieillesse, famille et AT-MP) ;

2) en contrepartie, **l'assujettissement de leurs indemnités de fonction aux cotisations sociales de droit commun** ;

3) **l'exonération des petites indemnités**. L'article 17 prévoit, en effet, de n'assujettir que les indemnités dont le montant total est supérieur à une fraction, fixée par décret, de la valeur du plafond de la sécurité sociale (PASS), soit 1 516 euros par mois selon l'étude d'impact.

Ce seuil devrait permettre, selon la même étude, d'exonérer tous les maires des villes de moins de 1 000 habitants et tous les adjoints aux maires des villes de moins de 50 000 habitants. En revanche, serait concerné l'ensemble des conseillers généraux et régionaux.

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements rédactionnels et de précision de Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales.

*c) La position de votre rapporteur pour avis*

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui tend à aligner le régime des indemnités versées aux élus locaux sur le droit commun, à la fois en termes de contributivité et de couverture sociale : **les élus et les collectivités locales cotiseront davantage, mais les élus acquerront d'autres droits**.

Au total, cette mesure devrait générer une recette de **140 millions d'euros**, à la charge des élus à hauteur d'un cinquième et à la charge des collectivités territoriales à hauteur des quatre cinquièmes. **De cette recette, il convient néanmoins de retrancher les coûts qu'elle entraîne par ailleurs pour le régime général**. L'impact sur la branche AT-MP et maladie est de

20 millions d'euros. En revanche, l'effet sur la branche vieillesse n'est pas chiffré à ce stade.

## II. LES MESURES RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

### A. LES ÉVOLUTIONS DES DÉPENSES DE SANTÉ ET LEURS DÉTERMINANTS

#### 1. Les tendances de long terme des dépenses de santé

Entre 1950 et 2011, la part de la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM)<sup>1</sup> est passée de 2,6 % à 9 % du PIB. La dépense courante de santé (DCS)<sup>2</sup>, quant à elle, a représenté 12 % du PIB en 2011.

La direction générale du Trésor a identifié trois déterminants principaux de la croissance des dépenses de santé sur le long terme<sup>3</sup> :

- le **vieillessement de la population**. Toutefois, le poids croissant des personnes âgées dans la population n'a eu, jusqu'à présent, qu'un impact limité sur la hausse des dépenses de santé. Selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), le vieillissement n'aurait contribué que pour 0,3 point aux 3,9 points de croissance annuelle en volume de la dépense de santé totale en France entre 1970 et 2002 ;

- la **hausse du niveau de vie**. De nombreux économistes ont mis en évidence une forte corrélation entre la hausse du revenu et l'accroissement des dépenses de santé. Certains auteurs ont estimé que **ce facteur expliquait 50 % de la croissance des dépenses depuis 1970**<sup>4</sup> ;

- le **progrès technique**, qui peut être considéré comme le facteur le plus décisif. Celui-ci a un impact sur l'offre en modifiant les pratiques des professionnels de santé, mais également sur la demande permettant de mieux diagnostiquer les pathologies, et en augmentant les attentes des patients.

---

<sup>1</sup> La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux. Elle ne tient compte que des dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Par conséquent, les dépenses de soins aux personnes âgées ou handicapées en sont exclues. La CSBM représente la principale composante de la dépense de santé courante (DSC).

<sup>2</sup> La dépense courante de santé (DSC) comprend l'ensemble des dépenses dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : sécurité sociale, Etat, collectivités territoriales, organismes de protection complémentaire et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle intègre, notamment, les soins aux personnes âgées et handicapées.

<sup>3</sup> Direction générale du Trésor, « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », Documents de travail de la DGTPE, n° 2009/11, juillet 2009.

<sup>4</sup> Yannick L'Horty, Alain Quinet et Frédéric Rupprecht, « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », Economie et Prévision, n° 129-130, 1997.

L'OCDE<sup>1</sup>, l'Union européenne<sup>2</sup> et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques<sup>3</sup> (DREES) du ministère des affaires sociales ont réalisé des projections à long terme des dépenses de santé, dont les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous :

### Projections à long terme des dépenses de santé à l'horizon 2050

	Agrégat projeté	Part initiale dans le PIB	Croissance annuelle de la dépense en volume		Croissance du PIB en volume	Part dans le PIB en 2050	
<b>OCDE</b>	Dépenses publiques	7,0 %	Entre 2 % et 2,8 %		1,8 %	Entre 7,3 % et 10,6 %	
<b>Union européenne</b>	Dépenses publiques	7,7 %	1,8 %		1,6 %	9,5 %	
<b>DREES</b>	Dépenses totales	10,4 %	2,5 %	3,7 %	2,0 %	12,9 %	22,9 %

Source : travaux cités

Ainsi, selon les études mentionnées, **les dépenses publiques de santé pourraient représenter entre 7,3 % et 10,6 % du PIB à l'horizon 2050**. Quant aux dépenses totales de santé, elles pourraient être comprises entre 12,9 % et 22,9 % du PIB<sup>4</sup>.

## 2. Les évolutions à court terme des dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 % du PIB. Celle-ci a ensuite connu une nette progression entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB du fait, d'une part, de la forte croissance des différents postes de dépenses et, d'autre part, de la moindre augmentation du PIB.

A partir de 2005, **le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % et avoisine même 3 % depuis 2008**. Malgré cela, le fort

<sup>1</sup> OCDE, « Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? », Document de travail de l'OCDE n° 477, 2006.

<sup>2</sup> Comité de politique économique, « Impact of ageing population on public spending », rapport du Ageing Working Group, février 2006.

<sup>3</sup> DREES, « Perspectives à long terme des dépenses de santé en France », Complément C au rapport Les leviers de la croissance française du Conseil d'analyse économique (CAE), 2007.

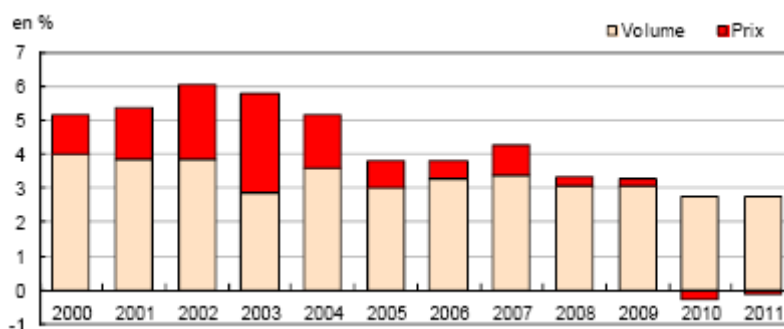
<sup>4</sup> La projection des dépenses totales de santé à 22,9 % du PIB à l'horizon 2050 repose sur une hypothèse de croissance de ces dépenses de 3,7 % par an. Toutefois, la DREES estime que cette hypothèse est élevée et que l'augmentation tendancielle des dépenses de santé devrait être plus proche de 2,5 % par an entre 2009 et 2050, leur montant atteignant alors 12,9 % du PIB.

ralentissement de la croissance du PIB depuis le début de la crise économique a entraîné une hausse de sa part dans le PIB.

En 2011, la CSBM était évaluée à **180 milliards d'euros, soit 2 762 euros par habitant**. La moindre progression de la CSBM amorcée en 2008 s'est confirmée en 2011 : **son taux de croissance a été de 2,7 %**, après 2,5 % en 2010 et 3,3 % en 2009.

**La hausse de la CSBM est, depuis 2008, principalement portée par l'augmentation du volume des soins et des biens consommés.** En effet, selon la DREES<sup>1</sup>, les comptes nationaux de la santé laissent apparaître une stagnation du prix de l'ensemble de la CSBM : après une augmentation de 0,3 % en 2008, puis de 0,2 % en 2009, ce prix a reculé en 2010 (- 0,3 %). Cette évolution reflète **le fort ralentissement du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments**. Cependant, le prix des soins de ville s'est accru de 1,1 %, principalement en raison de la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux**



Source : DREES (2012)

**En 2011, comme au cours des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM**, ce qui s'explique par leur poids prépondérant dans la consommation totale. En effet, la consommation de soins hospitaliers a représenté 83,6 milliards d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. Néanmoins, celle-ci n'a augmenté que de 2,6 % en valeur en 2011. Cette croissance modérée s'explique en partie par le ralentissement de la croissance de la masse salariale des établissements publics de santé et par la mise en réserve de certaines dotations hospitalières<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> DREES, Comptes nationaux de la santé 2011, Document de travail – Série statistiques n° 172, septembre 2012.

<sup>2</sup> Les dotations pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

**La consommation des soins de ville (25,4 % de la CSBM) a, quant à elle, augmenté de 3,7 % en valeur.** Elle a été portée par l'accroissement du volume des soins, notamment du fait du contexte épidémiologique (grippe saisonnière de janvier 2011, par exemple), et de leurs prix, comme cela a été indiqué.

Enfin, **la consommation de médicaments (19,3 % de la CSBM) n'a que très faiblement augmenté.** La décélération de la consommation de médicaments, engagée en 2008, a été particulièrement marquée en 2011 : la hausse en valeur n'a été que de 0,5 % en 2011, après 1,3 % en 2010 et 2 % en 2009. **Ce fort ralentissement résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une très faible augmentation des volumes.**

**Les soins hospitaliers, les soins de ville et les médicaments représentent 91,1 % de la CSBM.** Néanmoins, deux autres postes de consommation présentent également un intérêt particulier :

- les **autres biens médicaux** (optique, prothèses, petit matériel et pansements) qui ont représenté 12,2 milliards d'euros en 2011 et connaissent un rythme soutenu de croissance : de 5 % en 2011 après 5,6 % en 2010 ;

- les **transports de malades** (3,9 milliards d'euros en 2011), qui affichent une moindre augmentation, de 3 % en 2011, après 5,4 % en 2010 et 6,4 % en 2009. Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise engagés depuis 2007 (règles de prescription plus restrictives, développement des transports partagés, contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, etc.).

## ***B. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2013***

Les dépenses d'assurance maladie des régimes de base de la sécurité sociale représentaient **16 % des dépenses publiques totales en 2011.** Leur pilotage constitue, de ce fait, un **enjeu essentiel du respect de la trajectoire des finances publiques**, d'autant que, comme cela a été montré précédemment, elles sont particulièrement dynamiques.

Les dépenses d'assurance maladie font donc l'objet d'une attention toute particulière et connaissent, par conséquent, un double encadrement :

- par les **objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès** ;

- par l'**objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).**



## 1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 58)

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans sa partie relative aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général. A ce titre, la loi de financement définit **un objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et un autre pour le régime général seul.**

Ces deux objectifs sont distincts de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En effet, comme le rappelle l'annexe 7 au présent projet de loi de financement, le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie intègre des postes de charges plus nombreux que ceux compris dans celui de l'ONDAM, comme le montre le tableau ci-dessous :

### Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2012

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>			
<b>I- Prestations sociales</b> - part des prestations médico-sociales financées par la CNSA ; - prestations en espèces : IJ maternité ; - prestations invalidité décès ; - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ; - action de prévention ; - autres prestations.	<b>I- Prestations légales maladie maternité</b> - prestations en nature maladie maternité (hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales, minorées des remises conventionnelles pharmaceutiques) ; - prestations en espèces (hors IJ maternité).	<b>I- Prestation pour incapacité temporaire</b> - prestations en nature ; - prestations en espèces suite à un accident du travail.	- Prestations pour incapacité permanente.
<b>II- Charges techniques</b>	<b>II- Charges techniques, dont :</b> - dotation ONDAM médico-social à la CNSA ; - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux ; - dotation aux fonds (FIQCS, FAC, FMESPP).		<b>II- Charges techniques</b> - rentes accidents du travail ; - dotations aux fonds amiante.
<b>III- Diverses charges</b>			<b>III- Diverses charges</b>
<b>IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b>			<b>IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</b>
<b>V- Charges financières</b>			<b>V- Charges financières</b>
<i>B. Gestion courante</i>			
	- Aide à la télétransmission.		

Source : annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Par ailleurs, **l'ONDAM est un objectif inter-branches** qui porte tant sur des dépenses de la **branche maladie** que sur certaines dépenses de la **branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**. Toutefois, le champ des prestations de l'ONDAM est plus limité que celui des prestations d'assurance maladie ; ainsi, à titre d'exemple, il ne couvre pas les indemnités journalières maternité, ni les dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge avant de se faire rembourser au titre de conventions internationales. Il est en de même avec la branche AT-MP, puisque l'ONDAM ne retrace pas les indemnités journalières pour incapacité permanente. Ainsi, **l'ONDAM intègre 80 % des dépenses de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), pour la maladie, et seulement 30 % des charges de la branche AT-MP.**

Ces différences de périmètre expliquent en grande partie que **les objectifs de dépenses de la branche maladie et l'ONDAM ne connaissent pas la même progression**. En outre, l'annexe 7 au présent projet de loi de financement précise que l'ONDAM est construit comme un objectif inter-régime, alors même que les dépenses de chaque régime sont influencées par des facteurs sociodémographiques qui lui sont propres.

Pour l'année 2013, l'**article 58** du présent projet de loi fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- pour **l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**, à **190,1 milliards d'euros** ;
- pour le **régime général de sécurité sociale**, à **165,0 milliards d'euros**.

Par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès retenus pour 2012, les montants pour 2013 progressent :

- de **2,8 % pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de 5,2 milliards d'euros ;
- de **2,8 % pour le régime général**, soit une hausse de 4,5 milliards d'euros.

## **2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 10 et 59)**

### *a) Les perspectives de long terme concernant l'ONDAM*

Comme cela a été indiqué précédemment, les principaux travaux portant sur l'évolution des dépenses publiques de santé sur le long terme ont retenu une hypothèse de croissance de ces dépenses comprise entre 1,8 % et 2,8 % par an en volume, soit **entre 3,6 % et 4,6 % en valeur**<sup>1</sup>. Ces données sont cohérentes avec l'évolution spontanée (avant mesures d'économies) de

---

<sup>1</sup> En retenant la valeur moyenne de l'inflation au cours de la décennie 2000.

l'ONDAM observée sur la période 2007-2012, qui s'est établie à **4,4 % par an en moyenne**.

Toutefois, selon les calculs réalisés dans le cadre du récent rapport sur l'ONDAM de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>1</sup>, **la progression tendancielle de l'ONDAM devrait s'établir à 4 % par an entre 2012 et 2017**.

*b) La loi de programmation des finances publiques pour 2012-2017*

L'article 9 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, actuellement en cours d'examen par le Parlement, prévoit de fixer une progression de l'**objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**.

La hausse de l'ONDAM sera limitée à 2,7 % en 2013, 2,6 % en 2014, puis à 2,5 % au-delà.

Aussi **votre rapporteur pour avis a-t-il souhaité déterminer le montant des économies nécessaires afin de respecter l'ONDAM pour la période 2013-2017** si la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie est de **4 % par an**, comme l'a prévu le rapport précité de l'IGF et de l'IGAS, ou si celle-ci reste à un niveau de **4,4 % par an**, comme cela a été le cas entre 2007 et 2012. Les résultats des calculs qu'il a réalisés sont repris dans le tableau ci-dessous :

		2013	2014	2015	2016	2017
<b>ONDAM*</b> <i>(évolution)</i>		175,4 (+2,7 %)	180,0 (+2,6 %)	184,5 (+2,5 %)	189,1 (2,5 %)	193,8 (2,5 %)
<b>Montant des économies à réaliser*</b>	<i>Croissance annuelle des dépenses de 4 %</i>	2,2	2,4	2,7	2,8	2,9
	<i>Croissance annuelle des dépenses de 4,4 %</i>	2,9	3,1	3,4	3,5	3,6

\* en milliards d'euros

Source : commission des finances

Le respect de la trajectoire de l'ONDAM arrêtée par le projet de loi de programmation des finances publiques précité impliquera donc la réalisation de **2,6 milliards d'euros par an** d'économies supplémentaires en moyenne si la hausse tendancielle des dépenses d'assurance maladie est de

<sup>1</sup> IGF-IGAS, « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 », n° 2012-M-007-03/n° RM20126-083P, juin 2012.

4 % par an. Cependant, si la croissance de ces dépenses atteint 4,4 % par an, le montant moyen des économies à réaliser sera de **3,3 milliards d'euros par an**.

De toute évidence, en considérant les hypothèses de croissance annuelle de la dépense de santé retenues par les projections précitées ainsi que les hypothèses d'inflation posées par le Gouvernement, **l'augmentation annuelle des dépenses d'assurance maladie devrait être comprise entre 4 % et 4,4 %**. Votre rapporteur évalue **en moyenne annuelle à 4,1 % l'évolution spontanée de ces dernières si la hausse des dépenses publiques de santé est comprise entre 1,8 % et 2,8 % par an en volume**, conformément aux prévisions de l'OCDE et de l'Union européenne. L'hypothèse d'une croissance spontanée des dépenses d'assurance maladie de 4,1 % par an en valeur est également retenue par le Gouvernement dans le cadre de sa programmation pluriannuelle.

*c) En 2011, pour la deuxième année consécutive, l'ONDAM a été respecté*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait fixé l'ONDAM à **167,1 milliards d'euros**, soit un taux d'évolution de 2,9 % par rapport à 2010. Toutefois, la dépense exécutée s'est élevée à **166,3 milliards d'euros**, correspondant à une **sous-exécution de 780 millions d'euros** par rapport à l'objectif voté<sup>1</sup>.

En effet, l'année 2011 a été marquée par une sous-exécution au titre des **soins de ville** (600 millions d'euros), et des **établissements de santé** (230 millions d'euros). Néanmoins, le sous-objectif « autres prises en charge » a été dépassé de 50 millions d'euros.

**Les dépenses de soins de ville ont atteint 76,7 milliards d'euros** (+ 2,5 % par rapport à 2010), alors que le sous-objectif était fixé à 77,3 milliards d'euros. Cet écart est notamment lié à un impact des mesures d'économies nettes plus élevé que ce qui était anticipé (les mesures coûteuses ont été inférieures aux montants retenus en construction). Surtout, il résulte de la **surévaluation de la base du sous-objectif « soins de ville »**.

**Les dépenses des établissements de santé, quant à elles, se sont élevées à 72,6 milliards d'euros** (+ 2,4 % par rapport à 2010). Le sous-objectif avait été arrêté à 72,9 milliards d'euros. L'écart de 230 millions d'euros entre l'exécution et la prévision s'explique, pour 60 millions d'euros, par une moindre dépense des établissements publics de santé, sous l'effet des mesures de régulation prises en cours d'exercice, consistant en la non délégation de certaines dotations mises en réserve. Les dépenses ont été également inférieures de 110 millions d'euros à l'objectif. Enfin, ce résultat tient compte du gel de 60 millions d'euros opéré sur la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

---

<sup>1</sup> L'exercice 2010 avait déjà été marqué par une sous-consommation de l'ONDAM, à hauteur de 640 millions d'euros.

**Les dotations au secteur médico-social ont été conformes à l'objectif voté.** Elles ont atteint, en montant, 15,8 milliards d'euros (+ 4,8 % par rapport à 2010).

Enfin, **le sous-objectif « autres prises en charge » a été légèrement dépassé.** Les dépenses concernées ont représenté 1,2 milliard d'euros environ, sous un dépassement de 50 millions d'euros de la prévision.

Ainsi, **pour la deuxième année consécutive, l'ONDAM a été respecté.**

**ONDAM voté – ONDAM réalisé**

*(en milliards d'euros)*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>ONDAM initial</b>	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
<b>Dépenses réalisées</b>	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	152,9	158,1	161,8	166,3
<b>Dépassement de l'objectif en valeur</b>	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9	0,5	-0,6	-0,8
<b>Dépassement de l'objectif</b>	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,3 %	-0,4 %	-0,5 %

*Source : commission des finances*

**Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2011**

*(en milliards d'euros)*

	Objectifs arrêtés	Constat provisoire	Exécution par rapport aux objectifs
<b>Soins de ville</b>	77,3	76,7	-0,6
<b>Établissements de santé</b>	72,9	72,6	-0,2
<b>Établissements et services médico-sociaux</b>	15,8	15,8	0,0
<b>Autres prises en charge</b>	1,1	1,2	0,1
<b>ONDAM TOTAL</b>	167,1	166,3	-0,8

*Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012*

Il ne s'agit néanmoins que de **réalisations provisoires**. Ce n'est qu'en 2013, au vu des comptes pour l'exercice 2011, que pourront être constatées les réalisations définitives.

*d) Les dernières informations disponibles laissent envisager le respect de l'ONDAM en 2012*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé l'ONDAM à **171,1 milliards d'euros** pour 2011, soit une **progression de**

**2,5 %** par rapport à l'exercice précédent. Pour la troisième année consécutive, l'ONDAM pourrait être respecté.

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit de réduire l'ONDAM à **170,8 milliards d'euros** au titre de l'exercice 2012, soit 350 millions d'euros de moins que l'objectif initialement voté (**article 10**)<sup>1</sup>. Selon l'exposé des motifs de l'article précité, cette révision à la baisse du montant de l'ONDAM résulte d'**une évolution plus modérée que prévu des dépenses de soins de ville**. Elle tient notamment compte de la **mise en place de la rémunération sur objectifs des professionnels de santé**, non prévue lors de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

### Prévisions dans le champ de l'ONDAM en 2012

(en milliards d'euros)

	Objectifs arrêtés	Prévision	Exécution par rapport aux objectifs
Soins de ville	78,9	78,5	- 0,35
Établissements de santé	74,6	74,6	0,0
Établissements et services médico-sociaux	16,4	16,4	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	0,0
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>171,1</b>	<b>170,8</b>	<b>0,0</b>

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012

e) Un ONDAM fixé à 175,4 milliards d'euros, en croissance de 2,7 % en 2013 : un investissement pour l'avenir

Pour 2013, l'**article 59** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale arrête le montant de l'ONDAM à **175,4 milliards d'euros**, soit un taux de progression de **2,7 % par rapport à 2012**.

**Les dépenses dans le champ de l'ONDAM progresseraient tendanciellement de 4,1 % en 2013**. Aussi, afin d'aboutir à un ONDAM de 2,7 % en 2013, **un montant global d'économies nouvelles de 2,4 milliards d'euros est-il nécessaire**. Le tableau suivant reprend les mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2013 :

---

<sup>1</sup> L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans sa partie relative à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale rectifie « l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ».

### Récapitulatif des mesures d'économie relatives à l'ONDAM 2013

(en millions d'euros)

<b>Soins de ville</b>	Mesures d'efficacité relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires	225
	<i>Dont baisses tarifaires médecins et biologistes</i>	155
	<i>Dont amélioration de l'efficacité des prescriptions de transport et harmonisation des remises</i>	70
	Mesures d'économies sur les produits de santé	876
	<i>Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques</i>	530
	<i>Dont baisses de prix des dispositifs médicaux</i>	75
	<i>Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables</i>	50
	<i>Dont évaluation du service médical rendu de certaines spécialités</i>	26
	<i>Dont optimisation de la tarification des génériques</i>	100
	<i>Dont mesures de convergence de prix par classe thérapeutique</i>	95
	Mesures d'efficacité des prescriptions	605
	<i>Dont maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions</i>	550
	<i>Dont efficacité de la prescription des médicaments d'exception</i>	15
	<i>Dont lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées</i>	15
	<i>Dont actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)</i>	25
	Lutte contre les fraudes	50
Total	1 756	
<b>Secteur hospitalier</b>	Renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé	314
	<i>Dont rationalisation des achats hospitaliers</i>	250
	<i>Dont amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur</i>	64
	Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
	Amélioration de l'efficacité des prises en charge (chirurgie ambulatoire, adéquation des DMS...)	123
	Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, prise en charge en HAD, soins de suite et de réadaptation)	60
	Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	60
	Efficacité des produits de santé à l'hôpital	150
	<i>Dont baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus</i>	50
	<i>Dont baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus</i>	40
	<i>Dont adaptation des indications de la liste en sus</i>	60
	Total	657
<b>Total général</b>	<b>2 413</b>	

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Considérant les évolutions tendancielles et les économies mentionnées, l'ONDAM pour 2013 est donc fixé à 175,4 milliards d'euros par l'article 59 du présent projet de loi qui précise également **la ventilation de ce montant entre les sous-objectifs**, reprise dans le tableau suivant :

**Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2013**

*(en milliards d'euros)*

	<b>Base 2013</b>	<b>PLFSS 2013</b>	<b>Taux d'évolution</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>78,5</b>	<b>80,5</b>	<b>+ 2,6 %</b>
<b>Etablissement de santé</b>	<b>74,6</b>	<b>76,5</b>	<b>+ 2,6 %</b>
<b>Etablissements et services médico-sociaux</b>	<b>16,5</b>	<b>17,1</b>	<b>+ 4,0 %</b>
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0	8,4	+ 4,7 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4	8,7	+ 3,3 %
<b>Dépenses relatives aux autres prises en charge</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>+ 5,9 %</b>
<b>ONDAM total</b>	<b>170,8</b>	<b>175,4</b>	<b>+ 2,7 %</b>

Source : annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Ainsi, **le taux de progression de l'ONDAM 2013 est supérieur de 0,2 point à celui initialement arrêté pour 2012**. Cette hausse ponctuelle de la croissance de l'ONDAM constitue **un investissement pour l'avenir**.

En effet, l'augmentation de l'ONDAM doit permettre, selon le Gouvernement, **la mise en place de pratiques nouvelles et de nouvelles organisations en vue d'économies futures** devant être consacrées, du moins en partie, à une réduction du reste à charge.

La hausse de 2,6 % des sous-objectifs « soins de ville » et « établissements de santé » financera :

- l'effort structurel en faveur du **développement des soins ambulatoires** ;

- la **politique d'investissement hospitalier** (ainsi, aux 204 millions d'euros d'ores et déjà destinés à l'investissement, viendront s'ajouter 150 millions d'euros supplémentaires).

En tout état de cause, il est pleinement tenu compte de l'objectif de réduction du déficit de l'assurance maladie. Aussi est-il prévu que les économies nouvelles prévues pour 2013 (2,4 milliards d'euros) reposent sur **une amélioration de l'organisation** (développement de la chirurgie ambulatoire, baisse du prix des médicaments, baisse de certains actes, etc.).



## **C. LES AUTRES DISPOSITIONS**

### **1. Abrogation de la convergence tarifaire (article 47)**

L'article 47 du présent projet de loi propose de **mettre fin à la convergence tarifaire** et s'attache à réinscrire dans la loi **la notion de service public hospitalier**.

*a) La convergence tarifaire a accompagné la mise en place de la tarification à l'activité*

(1) L'instauration de la tarification à l'activité et son contexte

L'organisation du système de santé française repose sur la coexistence d'acteurs publics et privés. S'agissant des établissements de santé, la définition des secteurs « public » et « privé » repose sur le critère du financement. Le **secteur « public »** comprend **les établissements publics hospitaliers** et les **hôpitaux privés à but non lucratif** antérieurement financés par la **dotation globale**<sup>1</sup> ; c'est la raison pour laquelle ce secteur est qualifié d'« ex-DG ».

Quant au **secteur « privé »**, celui-ci est composé de l'ensemble des autres établissements, autrefois financés par un **tarif de prestation fixé dans le cadre de l'objectif quantifié national** (d'où son nom de secteur ex-OQN). Il s'agit principalement des hôpitaux privés à but lucratif, communément appelés **cliniques**.

Ainsi, le secteur hospitalier français se caractérisait par l'existence de **modes de financement distincts** et de **coûts hétérogènes** entre les établissements de santé, et ce **entre les secteurs public et privé mais également au sein de chaque secteur**.

C'est dans ce contexte qu'a été instituée la **tarification à l'activité** (T2A) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004<sup>2</sup>. La T2A a été conçue pour mettre fin à la logique d'**enveloppe limitative** qui était suivie par la dotation globale (DG) et l'objectif quantifié national (OQN). Celle-ci a donc consisté à payer les séjours, actes et consultations<sup>3</sup> assurés par les établissements de santé à l'activité<sup>4</sup>. **Différents arguments avaient été évoqués en faveur de cette rupture**. Il était notamment avancé que la **dotation globale** n'incitait pas les hôpitaux au développement d'une gestion efficace, celle-ci étant déterminée pour chacun d'entre eux sur une base historique.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des établissements privés participant au service public hospitalier (ex-PSPH).

<sup>2</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

<sup>3</sup> La T2A concerne l'activité réalisée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

<sup>4</sup> Ce mode de financement est complété par des dotations pour les missions d'intérêt général, les médicaments, les aides à la contractualisation, etc.

Toutefois, dans la mesure où coexistaient initialement deux modes de financement (la DG et l'OQN), la T2A a été basée sur **deux échelles tarifaires**, l'une pour le secteur public et l'autre pour le secteur privé.

(2) La convergence intra sectorielle et intersectorielle

Aussi la mise en place de la T2A s'est-elle accompagnée d'une **convergence tarifaire**, dont le principe est posé à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, comportant deux processus distincts :

- la **convergence intra sectorielle**<sup>1</sup>, consistant à rapprocher les tarifs des établissements qui exercent dans un même secteur ;

- la **convergence intersectorielle**<sup>2</sup>, dont l'objet est le rapprochement des tarifs du secteur public et du secteur privé.

Lors de la mise en place de la convergence intersectorielle, **les tarifs des secteurs public et privé affichaient d'importantes différences**. Selon le rapport de la « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé »<sup>3</sup>, rendu en janvier 2006 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), **l'écart facial**<sup>4</sup> **des tarifs était de 41 % en 2005** (les tarifs du secteur privé était, en moyenne, inférieurs de 41 % à ceux pratiqués dans le secteur public).

*b) La convergence tarifaire : un levier d'économies qui a aujourd'hui montré ses limites*

(1) La convergence intra sectorielle : un processus achevé

La complète réalisation de la convergence intra sectorielle constituait un préalable nécessaire à la convergence intersectorielle. Aussi, alors que cette dernière devait s'achever au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2012, **le rapprochement des tarifs au sein de chaque secteur a été atteint dès le 1<sup>er</sup> mars 2011**<sup>5</sup>.

Selon le rapport remis au Parlement sur la convergence tarifaire pour l'année 2011, **la convergence intersectorielle a permis un important mouvement de redistribution des ressources au sein de chaque secteur**. S'agissant des établissements publics, ce sont près de 121 millions d'euros qui ont été redistribués en 2011, soit un total de 1,2 milliard d'euros entre 2005 et

---

<sup>1</sup> La convergence intrasectorielle était déjà prévue dans la version initiale de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 ; à ce titre, celui-ci prévoyait la mise en place de coefficients de transition permettant le rapprochement des tarifs des établissements d'un même secteur.

<sup>2</sup> La convergence intersectorielle n'a été inscrite dans les textes qu'avec la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, modifiant à cet effet l'article 33 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004.

<sup>3</sup> Rapport n° 2006-009 de l'Inspection générale des affaires sociales (janvier 2006), « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé ».

<sup>4</sup> L'écart facial constitue l'indicateur principal de l'avancement du processus de convergence. Sa méthode de calcul est précisée infra.

<sup>5</sup> Néanmoins, la convergence intrasectorielle n'est pas achevée en ce qui concerne les établissements passés à la T2A plus tardivement, comme les hôpitaux du service de santé des armées (2009) et les établissements de santé de Guyane (2010).

2011. En ce qui concerne le secteur privé, ces montants atteignent respectivement 19,5 millions d'euros et 157 millions d'euros.

Cependant, **de nombreuses incertitudes entourent encore le bilan de la convergence intra sectorielle**. Dès 2009, la Cour des comptes a notamment souligné le fait que certains établissements contributeurs nets avaient cherché à compenser les pertes de recettes par une augmentation des ressources non tarifaires, par exemple au travers des tarifs journaliers de prestations (TJP)<sup>1</sup>.

(2) La convergence intersectorielle : une source d'économies substantielles au prix d'une mise sous tension des établissements publics de santé

(a) Une convergence orientée vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008<sup>2</sup> et 2011<sup>3</sup> sont venues préciser les **conditions de la convergence intersectorielle**. La première a indiqué que le processus était orienté vers les tarifs des établissements privés. Toutefois, dans la mesure où certains tarifs étaient inférieurs dans les établissements publics de santé, **la loi de financement pour 2011 a mentionné le tarif le plus bas comme objectif de la convergence**.

(b) Un levier d'économies conséquentes

**La convergence intersectorielle a donc consisté à orienter les tarifs vers les minima constatés**. Afin d'y parvenir, le Gouvernement a établi un scénario de **convergence ciblée**, dont le principe a été consacré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010<sup>4</sup>. Ainsi, chaque année une liste de groupes homogènes de malades (GHM)<sup>5</sup> est arrêtée pour lesquels une convergence des tarifs est organisée selon des taux définis. En 2010, la liste portait sur 35 GHM ; celle-ci a été élargie à 193 GHM en 2011.

Le rapport remis au Parlement sur la convergence tarifaire pour l'année 2011 a établi une évaluation des économies réalisées dans le cadre de la convergence ciblée, reprise dans le tableau ci-après :

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, Rapport 2009 sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale, juillet 2009.

<sup>2</sup> Loi n° 2007-1330 du 17 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

<sup>3</sup> Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

<sup>4</sup> Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

<sup>5</sup> Un groupe homogène de malades (GHM) constitue un ensemble de patients ayant des pathologies proches et dont la prise en charge présente un coût similaire. Les groupes homogènes de séjour (GHS) regroupent les prestations délivrées lors d'un séjour à des patients pour une pathologie donnée. Un GHM correspond généralement à un GHS, mais il peut également en comprendre plusieurs.

	Nombre de GHM convergés	Economie réalisée*
2010	35	150
2011	193	150
Total		300

\* En millions d'euros

Source : rapport 2011 remis au Parlement sur la convergence tarifaire

L'évaluation préalable annexée au présent article estime également à 150 millions d'euros environ l'économie réalisée du fait de la convergence intersectorielle en 2012, ce qui représente **une économie totale de 450 millions d'euros sur trois ans**.

La convergence intersectorielle a, de ce fait, participé à la **maîtrise des dépenses des établissements de santé**. Aussi, les économies attendues dans le cadre de la convergence ont représenté une part importante des mesures d'économies arrêtées dans le cadre de l'ONDAM hospitalier ; à titre d'exemple, ces dernières ont constitué plus de 40 % des économies prévues pour 2011.

#### Méthodologie du calcul de l'écart facial

Le calcul d'un écart facial moyen des tarifs nécessite de valoriser une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs et de déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux. Des éléments de correction sont intégrés pour améliorer la comparabilité des champs notamment par la prise en compte des honoraires des praticiens du secteur privé.

Le calcul de l'écart facial des tarifs est très dépendant de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée.

Un exemple très simplifié, basé sur des données observées (effectifs de séjours et tarifs) permet d'illustrer les différences d'écart facial moyen des tarifs selon la base d'activité retenue. On se place dans l'hypothèse où l'activité globale des deux secteurs se répartirait exclusivement sur deux groupes homogènes de séjour (GHS) :

- le premier GHS représenté dans les deux secteurs : 75 718 séjours dans le privé, 30 062 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs proches : 1 820 euros dans le privé, 1 713 euros dans le public ;

- le second GHS représenté essentiellement dans le secteur public : 1 532 séjours dans le privé, 36 251 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs différents : 3 084 euros dans le privé, 7 395 euros dans le public.

Si l'on retient la structure d'activité du secteur privé qui est essentiellement positionné sur le premier GHS, l'écart facial des tarifs est de -1 % (tarif privé globalement supérieur au tarif public). La même méthode avec, cette fois, la structure d'activité du secteur public qui est positionné au même niveau sur les deux GHS, conduit à un écart facial des tarifs de 48 % (tarif public très supérieur au tarif privé).

Ces différences de résultats sont liées non seulement aux écarts de tarifs entre les secteurs mais aussi aux écarts d'effectifs de séjours, pour chacun des GHS.

Source : rapport 2009 remis au Parlement sur la convergence tarifaire

Ainsi l'écart facial entre les tarifs des secteurs public et privé a-t-il été réduit de 2,4 points entre 2010 et 2011. **Il était de 21,6 % sur la base de l'activité du secteur public et de 14,6 % sur celle du secteur privé en 2011.**

#### Evolution de l'écart facial tarifaire depuis 2006

Base retenue	Ecart facial 2006	Ecart facial 2008	Ecart facial 2009	Ecart facial 2010	Ecart facial 2011
Secteur public (ex-DG)	40,1 %	36,9 %	26,8 %	23,8 %	21,6 %
Secteur privé (ex-OQN)	28,7 %	25,1 %	20,7 %	17,1 %	14,6 %
Evolution de l'écart facial (base du secteur public)		- 3,2 %	- 10	- 2,2 %	- 2,4 %
Année de l'activité de référence	2007	2007	2007	2009	2010

Source : rapport 2011 remis au Parlement sur la convergence tarifaire

(c) L'essoufflement de la convergence tarifaire

**La convergence tarifaire semble aujourd'hui avoir montré ses limites.** Comme cela a été souligné, le bilan de la convergence intra sectorielle demeure incertain. En effet, les investigations menées par la Cour des comptes ont montré que certains établissements avaient cherché à compenser les pertes de recettes par une augmentation des ressources non tarifaires, hausse souvent supportée par les assurés eux-mêmes.

Par ailleurs, **l'achèvement de la convergence intersectorielle connaît d'importants obstacles.** Les tarifs applicables aux secteurs public et privé présentent des différences qui limitent les comparaisons et donc le rapprochement des grilles tarifaires.

A titre d'exemple, les honoraires sont distincts du tarif versé aux établissements privés. C'est pourquoi l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) effectue un retraitement afin de déterminer un tarif « tout compris » de manière à disposer d'un tarif comparable, dans sa construction, à celui prévu pour les établissements publics. Toutefois, **le dernier rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat<sup>1</sup>**, concernant le financement des établissements de santé, a mis en évidence l'existence de « *faiblesses statistiques [...] trop fortes pour être ignorées, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires* ».

En outre, le rapport précité a souligné, à juste titre, que **les secteurs public et privé étaient soumis à des contraintes radicalement différentes**

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 703 (2011-2012) sur le financement des établissements de santé, fait par Jacky Le Menn et Alain Milon au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociale du Sénat, juillet 2012.

« en ce qui concerne les modes de prise en charge, les contraintes d'organisation, le coût des personnels, ou encore la capacité à programmer l'activité ». Aussi celui-ci conclut-il que « si le discours sur la convergence a peut-être servi d'aiguillon pour le secteur hospitalier, l'application concrète de cette politique, assez opaque, a inutilement focalisé l'attention et crispé le personnel hospitalier, ce qui peut ne peut qu'être dommageable ».

En tout état de cause, cette difficulté à faire aboutir la convergence intersectorielle a été très tôt mise en évidence, lorsque **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a repoussé le terme de ce processus, initialement fixé en 2012, à 2018.**

*c) L'abrogation de la convergence tarifaire apparaît comme une nécessité*

Au regard de tous ces éléments, l'abrogation de la convergence tarifaire semble justifiée. Certes, l'évaluation préalable annexée au présent article indique que le maintien du processus aurait permis une économie comprise entre 100 et 150 millions d'euros en 2013. Néanmoins, l'écart facial est désormais inférieur à 15 %, ce qui correspond à des activités hétérogènes entre les secteurs public et privé. De toute évidence, **la poursuite de la convergence se ferait au prix d'une dégradation supplémentaire de la situation financière des établissements publics de santé.**

Ainsi, votre rapporteur pour avis estime que, **si la convergence tarifaire a pu constituer un levier important d'économies pour l'assurance maladie, ce processus a, aujourd'hui, révélé ses limites.** C'est pourquoi, il est favorable à l'article 47 du présent projet de loi.

## **2. Autorisation d'émission de billets de trésorerie par certains établissements de santé (article 48)**

*a) La hausse de l'endettement des établissements publics de santé*

Dans sa note de conjoncture sur les finances hospitalières d'avril 2012<sup>1</sup>, Dexia Crédit Local indique que **l'encours de la dette des établissements publics de santé** a connu une forte augmentation au cours des années 2000, **passant de 8,9 à 24,1 milliards d'euros entre 2001 et 2010.** Aussi le poids de la dette hospitalière approche-t-elle désormais **1,2 % du PIB.**

(1) Le plan Hôpital 2007

Cette progression serait principalement imputable au **plan Hôpital 2007.** A plusieurs reprises, la Cour des comptes<sup>2</sup> a souligné que la

---

<sup>1</sup> Dexia Crédit Local, Note de conjoncture – Finances hospitalières. Résultats 2010 et grandes tendances 2011, avril 2012.

<sup>2</sup> Cf. Cour des comptes, Rapport 2009 sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale, septembre 2009.

mise en œuvre du plan Hôpital 2007 s'était écartée des paramètres initialement envisagés.

#### **Le plan Hôpital 2007**

Le plan Hôpital 2007 visait à **moderniser l'offre de soins et le patrimoine hospitalier public et privé**. Estimé à 10 milliards d'euros d'investissement et subventionné à hauteur de 6 milliards d'euros, il a été engagé en 2003 afin de **relancer l'investissement hospitalier de l'ordre de 30 % par an sur la période 2003-2007**.

Ce programme avait pour objectif une **mise à niveau accélérée des investissements des établissements de santé**. Il s'agissait de répondre à une situation de vétusté des bâtiments et des installations hospitalières et aux nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement. De plus, les nouvelles contraintes de mises en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la mise en œuvre des plans nationaux (plan Cancer, Périnatalité, Urgences) avaient accentué le besoin d'investissement des établissements de santé.

Le schéma d'origine faisait reposer le financement sur l'assurance maladie, soit directement par des subventions provenant du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), soit indirectement par des aides à l'exploitation destinées à faciliter le remboursement du capital et des intérêts. Toutefois, **le nombre d'opérations effectivement lancées et leur montant ont dépassé les prévisions initiales**. Selon la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MNAIH)<sup>1</sup>, cette situation résultait principalement de l'ajout d'opérations en cours de plan et de la sous-estimation du coût réel des opérations engagées. **Alors qu'il était estimé initialement à 10 milliards d'euros, le montant d'investissement a atteint 16,8 milliards d'euros**. Par conséquent, le taux d'accompagnement par l'assurance maladie des opérations d'investissement a été revu à la baisse pour atteindre, finalement, 35 %.

---

<sup>1</sup> *Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MNAIH), La réalisation du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » - Synthèse, août 2009.*

**Bilan financier du plan Hôpital 2007 par type d'établissement**

	Nombre d'opérations	Montant*	Aides*	Taux d'accompagnement
<b>EPS<sup>(1)</sup></b>	1 090	13 179	4 865	37 %
<b>PSPH<sup>(2)</sup></b>	206	1 576	519	33 %
<b>Cliniques</b>	570	2 011	411	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 868</b>	<b>16 766</b>	<b>5 795</b>	<b>35 %</b>

\* en millions d'euros

(1) Etablissements publics de santé

(2) Etablissements privés de santé à but non lucratif

Source : MNAIH (2009)

**Ce phénomène est particulièrement patent pour les établissements publics de santé.** Le montant prévisionnel des investissements pour ces derniers était de 7,5 milliards d'euros ; pourtant, **leur investissement total a représenté 13,2 milliards d'euros**, ce qui correspond à un dépassement de près de 80 % de la prévision initiale.

Le montant des aides pour cette catégorie d'établissements n'ayant été que de 4,9 milliards d'euros, **ces derniers ont massivement recouru à l'emprunt.** Ainsi, sur la seule période 2003-2007, **la dette des établissements publics de santé s'est accrue de près de 6,1 milliards d'euros.**

Aussi les opérations réalisées dans le cadre du plan Hôpital 2007 ont-elles largement **contribué à fragiliser la situation financière des établissements publics de santé.**

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen offre un exemple particulièrement éclairant à cet égard. En effet, dans le cadre du plan précité, cet établissement a réalisé la construction d'un bâtiment « Femme-Enfant-Hématologie » (FEH) sur la base d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH) d'une durée de 25 ans. Les chiffres indiqués par la mission d'expertise économique et financière du Trésor public (MEEF) ont permis d'évaluer à 13,5 millions d'euros le coût annuel de ce bail, soit un coût total de 227,5 millions d'euros pour le CHU, déduction faite de l'aide de la tutelle (estimée à 110 millions d'euros)<sup>1</sup>. Ainsi, **les finances du CHU de Caen seront, pour une longue période encore, déstabilisées du fait d'un investissement immobilier, réalisé dans le cadre du plan Hôpital 2007,** dont la Chambre régionale des comptes (CRC) de Basse-Normandie a souligné la préparation insuffisamment rigoureuse.

<sup>1</sup> Chambre régionale des comptes (CRC) de Basse-Normandie, Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier universitaire de Caen – Années 2005 à 2009, mars 2011.



**L'évolution du financement des investissements par les établissements publics de santé (2003-2007)**

*(en millions d'euros)*

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total 2003-2007</b>
<b>Capacité d'autofinancement (1)</b>	2 814	3 478	3 093	3 047	2 877	15 309
<b>Plus-values de cession (2)</b>	49,9	196	77,3	41,5	60,9	426
<b>Subventions d'équipement reçues (3)</b>	269	399	399	283	316	1 666
<b>Financements d'investissement (1)+(2)+(3)</b>	3 133	4 073	3 569	3 372	3 254	17 401
<b>Dépenses d'investissement</b>	3 646	4 418	4 794	5 345	5 617	23 820
<b>Encours de la dette</b>	9 798	10 909	11 962	13 504	15 874	6 076*

\* Variation sur la période 2003-2007

Source : commission des finances (à partir des données de la Cour des comptes)

**Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) mise à part, affichent un niveau d'endettement singulièrement élevé, d'un montant de 7,2 milliards d'euros en 2010. La note précitée de Dexia Crédit Local indique, en effet, que la dette des CHRU représente 38,7 % de leurs produits, soit un ratio plus élevé que celui constaté pour les autres catégories d'établissements publics de santé. La dette des CHRU équivaut désormais à 7,1 années de capacité d'autofinancement (CAF).**

(2) Un encadrement accru du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Le niveau élevé de l'endettement des établissements publics de santé a amené l'Etat à renforcer son contrôle sur le recours à la dette par ces derniers. Ainsi, un décret du 14 décembre 2011<sup>1</sup> a **conditionné le recours à l'emprunt à une autorisation du directeur de l'agence régionale de santé**

<sup>1</sup> Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (modifié par le décret n° 2012-700 du 7 mai 2012).

(ARS)<sup>1</sup> pour les établissements présentant au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le **ratio d'indépendance financière**, qui résulte du rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la **durée apparente de la dette** excède dix ans ;
- l'**encours de la dette**, rapporté au total des produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

#### Ratios d'endettement des établissements publics hospitaliers (2010)

	Ratio d'indépendance financière	Durée apparente de la dette	Encours de la dette
<b>Moyenne</b>	47,5 %	6,2 années	34,8 %
<b>Médiane</b>	33 %	3,7 années	23,7 %
<b>Valeur seuil du décret</b>	50 %	10 années	30 %
<b>Part des établissements dépassant la valeur seuil</b>	<b>27 %</b>	<b>19 %</b>	<b>42 %</b>

Source : Dexia Crédit Local (2012)

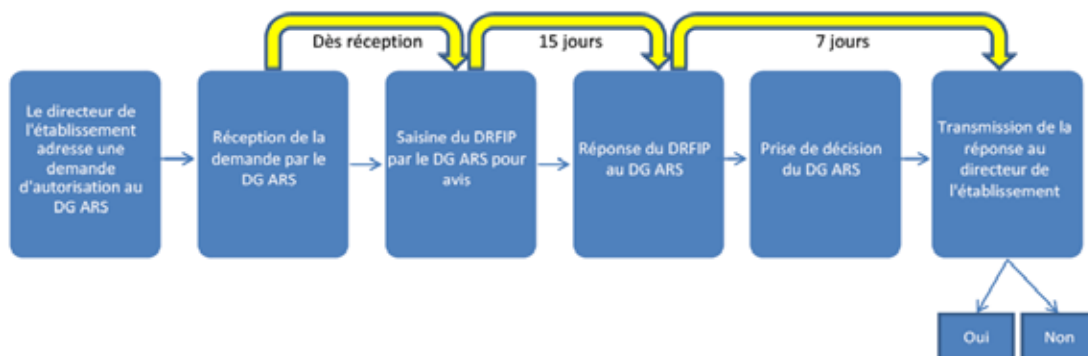
Ce décret a été adopté en **application de l'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour la période 2011-2014**<sup>2</sup>. Son exposé des motifs indiquait, en effet, qu'un plus grand encadrement de recours à la dette par les établissements publics de santé devait permettre de « *limiter l'augmentation préoccupante de l'endettement constatée* ».

---

<sup>1</sup> La demande d'autorisation de recours à l'emprunt auprès du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) donne également lieu à un avis du directeur régional des finances publiques.

<sup>2</sup> Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014.

### Calendrier de l'autorisation de recours à l'emprunt



Source : circulaire du 8 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé<sup>1</sup>

En outre, le décret du 14 décembre 2011 fixe les caractéristiques des emprunts bancaires que peuvent négocier les établissements publics de santé, et ce afin de **limiter leur exposition au risque de taux d'intérêt**. Aussi les emprunts à taux variable doivent-ils répondre à des conditions précises en termes d'indices sous-jacents et de formule d'indexation. En effet, une récente commission d'enquête de l'Assemblée nationale, présidée par Claude Bartolone<sup>2</sup>, a mis en évidence que **les établissements publics de santé totalisaient près de 6 milliards d'emprunts structurés**, dont 55,3 % pouvaient être considérés comme à risque.

#### (3) Le recours à la dette obligataire pour les établissements publics de santé

Certains centres hospitaliers universitaires ont également fait le choix de recourir à des **émissions obligataires**, en complément des prêts bancaires, pour couvrir leurs besoins de financement.

Dès 2000, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a réalisé sa première **émission d'obligations**. Depuis 2006, l'institution a complété la gamme des instruments dont elle dispose pour gérer sa dette en émettant des **titres de créance de moyen terme**, soit des EMTN (Euro Medium Term Note). Ainsi, la gestion de la dette de l'AP-HP, qui a atteint un montant de 2,2 milliards d'euros en 2010, repose sur un arbitrage constant entre les prêts bancaires à long terme et les émissions obligataires.

A partir de 2009, **des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ont suivi l'exemple de l'AP-HP et ont également émis des obligations**. Une vingtaine de CHRU se sont regroupés pour procéder, à deux reprises, à des émissions obligataires (l'une de 250 millions d'euros et l'autre de 167 millions d'euros). Toutefois, il faut souligner que **les emprunts**

<sup>1</sup> Circulaire interministérielle n° DGOS/DGFiP/2012/195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

<sup>2</sup> Rapport n° 4030 (XIIIe législature), fait par Claude Bartolone et Jean-Pierre Gorges au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux, 6 décembre 2011.

**obligataires représentent un peu moins de 6 % de la dette totale des CHRU, évaluée à 7,2 milliards d'euros en 2010.**

En tout état de cause, **en juillet 2012, l'agence de notation Moody's a annoncé la dégradation des notes attribuées aux deux émissions obligataires réalisées par les CHRU.** La note de la première émission, qui avait eu lieu en 2009 et portait sur un montant de 250 millions d'euros, a été abaissée de AAA à Baa1. La seconde émission, réalisée en 2010 pour 167 millions d'euros, a vu sa note passer de AAA à A1. Dans son communiqué, Moody's a évoqué la « *détérioration rapide de la situation financière de certains hôpitaux* », et notamment celle du CHU de Fort-de-France en Martinique. Il a également mentionné une « *pression particulièrement forte sur la trésorerie des hôpitaux* ».

**En effet, les établissements publics de santé sont aujourd'hui confrontés à d'importants problèmes de trésorerie, et ce en dépit d'une résorption de leur déficit.**

*b) Une lente résorption du déficit des établissements publics de santé*

Dexia Crédit Local, dans la note de conjoncture sur les finances hospitalières précitée, indique que les établissements publics de santé ont enregistré **un déficit global de 220 millions d'euros en 2010<sup>1</sup>, stable par rapport à 2009 mais inférieur à celui de 2008, d'un montant de 330 millions d'euros.** En 2007, le déficit avait même atteint son plus haut niveau historique, soit 485 millions d'euros.

**La réduction du déficit est concentrée sur les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU).** S'ils totalisent encore 145 millions d'euros de déficit global (hors AP-HP), ces derniers ont amélioré leur résultat en 2010 de près de 120 millions d'euros. Sur les 31 CHRU, 18 étaient encore en déficit en 2010 contre 22 en 2009.

*c) Des difficultés de trésorerie accrues dans les hôpitaux publics*

Malgré cette amélioration du déficit des établissements publics de santé, ces derniers sont aujourd'hui confrontés à **d'importantes difficultés de trésorerie.**

Le dernier rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat<sup>2</sup>, concernant le financement des établissements de santé, a mis en évidence le fait que la crise économique avait entraîné « *de sérieuses difficultés pour le financement à moyen et long terme des investissements ainsi que pour la gestion de trésorerie courante* ».

---

<sup>1</sup> Le déficit global constaté en 2010 reprend le résultat des 70 % d'établissements en excédent, pour un montant de 380 millions d'euros, et les 600 millions d'euros de déficit cumulés par les 30 % d'établissements déficitaires.

<sup>2</sup> Rapport d'information n° 703 (2011-2012) sur le financement des établissements de santé, fait par Jacky Le Menn et Alain Milon au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2012.

Le rapport identifie plusieurs causes à ce phénomène. Tout d'abord, **Dexia Crédit Local, qui représentait autour de 40 % des financements du secteur hospitalier public, est aujourd'hui en voie de démantèlement** et n'accorde plus de nouveaux prêts. Ensuite, nombre de banques ont fortement restreint leurs engagements et renforcé leurs fonds propres, **préparant l'entrée en vigueur des nouvelles règles prudentielles dites « Bâle III »**.

Par ailleurs, la trésorerie des hôpitaux publics est mise sous tension par les mises en réserves et les annulations d'une partie des dotations dévolues aux MIGAC<sup>1</sup>.

Les difficultés de trésorerie auxquelles sont confrontés les établissements publics de santé rendent la situation de ces derniers extrêmement préoccupante. Dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, votre rapporteur spécial a auditionné Angel Piquemal, directeur général du CHU de Caen depuis octobre 2008<sup>2</sup>. En septembre dernier, **celui-ci a été contraint de suspendre le versement des cotisations patronales et de décaler le paiement des fournisseurs de l'établissement**. En effet, les deux lignes de trésorerie dont bénéficiait le CHU, pour un montant de 85 millions d'euros, arrivaient à échéance les 3 et 12 octobre sans que leur renouvellement soit assuré.

**Cet évènement intervient alors même que le CHU de Caen a fortement réduit son déficit** de 34,2 millions d'euros en 2009 à 9,2 millions d'euros en 2011. Il révèle donc bien une dégradation de l'accès aux facilités de trésorerie par les établissements hospitaliers. Comme l'a souligné Angel Piquemal lors de son audition, **la principale difficulté réside aujourd'hui plus dans l'accès au financement bancaire que dans son coût**.

*d) L'autorisation d'émission de billets de trésorerie par les établissements publics de santé*

**Les difficultés de trésorerie rencontrées par les établissements publics de santé appellent une réponse rapide**. Aussi l'article 48 du présent projet de loi propose-t-il **d'habiliter les centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créances négociables**.

Ainsi, il est prévu de modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux (CHR), dont le liste est arrêtée par décret, à émettre des **titres de créances négociables** (TCN), dont font partie les billets de trésorerie<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des dotations consacrées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation.

<sup>2</sup> Audition d'Angel Piquemal, directeur général du centre hospitalier universitaire de Caen, jeudi 25 octobre 2012.

<sup>3</sup> Selon l'article D. 213-1 du code monétaire et financier (CMF), les billets de trésorerie ont une durée inférieure ou égale à un an. Le décret d'application de l'article L. 213-3 du CMF devrait préciser que les centres hospitaliers régionaux ne peuvent émettre que des billets de trésorerie, à l'exclusion d'autres types de titres de créances négociables (TCN).

L'émission de billets de trésorerie bénéficierait aux établissements qui, à l'exemple du CHU de Caen, rencontrent actuellement des difficultés de financement de court terme. Toutefois, comme l'a indiqué, Angel Piquemal lors de son audition, **si l'émission de billets de trésorerie peut momentanément aider les établissements publics de santé, elle ne peut constituer le principal levier du rétablissement de leur situation financière.**

A cet égard, **votre rapporteur spécial attend beaucoup de la refondation du financement des établissements de santé** qui s'engage avec l'abrogation de la convergence tarifaire<sup>1</sup>. En effet, jusqu'à présent la tarification à l'activité (T2A), du fait notamment de la convergence des tarifs à la baisse, ne permettait pas aux établissements de financer leurs investissements, contribuant à la forte dégradation de leur situation financière.

Quoi qu'il en soit, selon l'évaluation préalable annexée au présent article, **le dispositif proposé devrait permettre une diminution, à hauteur de 200 points de base, de l'accès au financement pour les établissements concernés.** Cela permettrait, ainsi, de dégager une économie de près de **20 millions d'euros par an.**

Eu égard à la difficulté actuelle pour les centres hospitaliers régionaux d'obtenir des lignes de crédits auprès des établissements bancaires, **votre rapporteur spécial ne peut qu'être favorable à l'article 48 du présent projet de loi.**

### **3. Création d'un dispositif d'indemnités journalières dans le régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non salariés agricoles (AMEXA) en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (article 56)**

L'article 56 du présent projet de loi propose la **mise en place d'indemnités journalières (IJ) en cas de maladie ou d'accident de la vie privée pour les non salariés agricoles.**

#### *a) Une protection sociale des exploitants agricoles encore lacunaire*

L'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) a vocation à couvrir les non salariés des professions agricoles, soit les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les conjoints collaborateurs et les aides familiaux. L'originalité de l'AMEXA réside dans le fait que, depuis sa création en 1961, **les affiliés peuvent choisir, pour la gestion de leur assurance maladie, la Mutuelle sociale agricole (MSA) ou un groupement d'assureurs maladie des exploitants agricoles (GAMEX).** Aussi, dans le cadre de la branche maladie du régime des non salariés agricoles, le régime agricole, la MSA est-elle mise en concurrence avec des assureurs privés pour la prise en charge

---

<sup>1</sup> Cf. article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

des prestations d'assurance maladie des non salariés agricoles ; il s'agit du **principe de la pluralité d'assureurs**.

En 2011, **1,6 million de personnes** bénéficiaient des prestations maladie du régime pour **524 279 cotisants**.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009<sup>1</sup>, **la branche maladie du régime social des non salariés agricoles est financièrement intégrée à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**, comme cela était déjà le cas pour les salariés agricoles. Depuis lors, celle-ci bénéficie d'**une dotation de la CNAM destinée à assurer, le cas échéant, son équilibre financier**<sup>2</sup>. Lors de l'exercice 2011, la branche maladie des exploitants agricoles a affiché un résultat bénéficiaire de 60,5 millions d'euros, rendant inutile le versement d'une dotation d'équilibre<sup>3</sup>.

L'équilibre de la branche maladie du régime des non salariés agricoles repose également sur des **taxes affectées**<sup>4</sup> dont le montant a atteint 5,3 milliards d'euros en 2011<sup>5</sup>. Il s'agit principalement d'une fraction du produit du **droit de consommation sur les alcools**, des **droits sur la consommation de tabac**, d'une quote-part du produit de la **contribution sociale des sociétés (C3S)** et de l'intégralité du produit de la **taxe sur les véhicules de société**.

La gestion de la branche maladie des non salariés agricoles étant partagée entre la MSA et les assureurs privés du GAMEX, **les relations financières au sein de la branche, mais également avec la CNAM, reposent sur la combinaison des comptes de ces organismes**. En effet, les comptes de la MSA et des membres du GAMEX sont agrégés et retraités afin d'établir les **comptes combinés du régime agricole**<sup>6</sup>.

La branche maladie des exploitants agricoles prend en charge l'ensemble des risques maladie, invalidité et maternité et offre, à ce titre :

- une **couverture maladie**, consistant en une prise en charge des soins médicaux, pharmaceutiques et dentaires, sur la base des tarifs de sécurité sociale ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

<sup>2</sup> Avant 2009, l'équilibre financier du régime des exploitants agricoles était assuré par une subvention de l'Etat, versée par l'intermédiaire du fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) qui avait remplacé, à compter de 2004, le budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles (BAPSA).

<sup>3</sup> Selon les « Comptes combinés – Branche maladie » pour l'exercice 2011 de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ce résultat bénéficiaire trouve son origine dans des « prestations sociales en diminution sous l'effet de la poursuite de la baisse tendancielle des effectifs, une réaffectation de taxes et une répartition inter-régime des charges de dotation aux hôpitaux exceptionnellement favorable ».

<sup>4</sup> L'ensemble des ressources de la branche maladie du régime de protection sociale des non salariés agricoles est fixée par l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>5</sup> Le montant des taxes et impôts affectés au régime social des non salariés agricoles a atteint, au total, 7,9 milliards d'euros en 2011, couvrant ainsi près de 40 % des charges du régime.

<sup>6</sup> Cf. Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), Bilan combiné et compte de résultat combiné, 31 décembre 2011.

- une **allocation de remplacement**, en cas de naissance ou d'adoption ;

- une **assurance invalidité**, permettant le versement d'une pension en cas d'inaptitude totale ou partielle à exercer la profession agricole.

Toutefois, à ce jour, **l'AMEXA est le seul régime à ne pas verser d'indemnités journalières (IJ)** qui viendraient compenser une éventuelle perte de salaire résultant d'une maladie ou d'un accident non professionnel<sup>1</sup>.

*b) La mise en place d'indemnités journalières pour les exploitants agricoles*

Afin de combler cette lacune, l'article 56 du présent projet de loi propose de **mettre en place des indemnités journalières au profit des non salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée**.

Il est prévu que les prestations servies soient versées après un **délai de carence**<sup>2</sup>, réduit en cas d'hospitalisation. Les indemnités journalières seront **forfaitaires**, devant être égales à une fraction du gain forfaitaire fixé par un arrêté du ministre en charge de l'agriculture<sup>3</sup>, comme cela est déjà prévu pour les IJ versées en cas d'accident du travail. Ainsi, **les bénéficiaires toucheraient 60 % du 1/365<sup>e</sup> du gain forfaitaire annuel (soit 20,64 euros à ce jour) durant les 28 premiers jours, puis 80 % du 1/365<sup>e</sup> du gain forfaitaire annuel**.

Il est précisé qu'hors affection de longue durée (ALD), ou si l'interruption de la durée du travail ne dépasse pas six mois, **l'assuré pourra bénéficier au maximum de 360 jours d'indemnisation sur une période de trois ans**.

La mise en place de cette prestation entraînera, selon l'évaluation préalable annexée au présent projet de loi, **une charge nouvelle pour le régime d'un montant de 73 millions d'euros**. Cette dernière doit être financée par la mise en place d'une **cotisation forfaitaire**.

Le présent article propose que le produit de cette cotisation soit affecté à un **fonds spécial** géré par la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et destiné à financer les indemnités journalières mises en place.

Afin de garantir le respect du principe de l'auto-équilibre du financement de cette mesure, **il est prévu que le montant de la cotisation**

---

<sup>1</sup> Les accidents et maladies professionnels sont couverts au titre du régime d'assurance accidents du travail (AAEXA), qui a été rendu obligatoire par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non salariés agricoles contre les accidents du travail et la maladies professionnelles. Les affiliés à ce régime ont toutefois gardé la possibilité de choisir un assureur du réseau GAMEX.

<sup>2</sup> Le délai de carence devra être précisé par décret. Néanmoins, l'évaluation préalable annexée au présent article prévoit un délai de sept jours.

<sup>3</sup> L'arrêté du 30 mars 2012 a fixé ce gain forfaitaire, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, à 12 556,67 euros.



**forfaitaire soit arrêté, chaque année, par le ministre en charge de l'agriculture** après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (CSPSA). Pour 2014, qui est la première année de mise en œuvre du dispositif, il est prévu de fixer le montant de la cotisation à **170 euros par an**. Il faut préciser qu'un éventuel déficit du fonds spécial, s'il n'est pas compensé par un excédent de la branche maladie du régime des non salariés agricoles, devrait être supporté par la CNAM au titre de la dotation d'équilibre qu'elle verse à cette dernière.

Conformément au **principe de la pluralité d'assureurs** qui structure l'AMEXA, mais également le régime d'assurance accidents du travail des exploitants agricoles (AAEXA), les affiliés pourront choisir, pour la gestion de leurs IJ, entre la MSA et un assureur privé du GAMEX. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les membres du GAMEX sont associés à la gestion du fonds spécial précité, ces derniers étant représentés au sein de la section spécialisée du CSPSA compétente pour le fonds<sup>1</sup>.

Dans la mesure où **le présent article propose une amélioration notable de la protection sociale des exploitants agricoles, venant combler une lacune du régime d'assurance maladie de ces derniers**, votre rapporteur pour avis s'y déclare favorable.

---

<sup>1</sup> *L'organisation retenue est proche de celle qui a été prévue dans le cadre de l'AAEXA. Le fonds de réserve de ce régime perçoit une fraction de la cotisation forfaitaire versée par les exploitants agricoles ; il est géré par la CCMSA sous la surveillance d'une section spécialisée du CSPSA comprenant des représentants du GAMEX.*

### III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE

#### A. UNE CONSOLIDATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FSV

##### 1. Une situation qui demeure dans son ensemble préoccupante

###### a) L'impact des mesures de recettes adoptées en loi de finances rectificative d'août 2012

Comme l'indique les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, en dépit des mesures de consolidation prises dans le cadre de la loi de finances rectificative du 16 août 2012, **le déficit de la branche vieillesse dans son sens large (CNAV et FSV) demeure élevé en 2012 : plus de 9 milliards d'euros** (5 milliards d'euros pour la CNAV et 4,1 milliards d'euros pour le FSV), **soit plus de la moitié du déficit du régime général et du FSV**. L'amélioration du solde de la branche par rapport à 2011 est donc assez faible, de l'ordre de 300 millions d'euros.

En revanche, même sans mesures nouvelles, **le déficit 2013 de la CNAV et du FSV serait ramené à 7,6 milliards d'euros**, en raison notamment de l'effet en année pleine des mesures de recettes adoptées cet été et qui ont principalement bénéficié à la branche « vieillesse ».

##### Solde de la « branche vieillesse » (CNAV + FSV)

(en milliards d'euros)

	2011	2012 (p)	2013 (t)
CNAV	- 6,0	- 5,0	- 4,0
FSV	- 3,4	- 4,1	- 3,6
Total	- 9,4	- 9,1	- 7,6

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2012

###### b) Une dégradation des autres régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires

Comme cela a été indiqué dans l'exposé général du présent rapport, certains régimes obligatoires de base, autres que le régime général, connaissent une situation financière délicate. Ainsi en est-il de :

- la **CNRACL** qui verse des pensions de vieillesse et d'invalidité aux agents titulaires des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière : **la Caisse enregistrera un déficit de 767 millions d'euros en 2012 et de 1,25 milliard d'euros en 2013** (sans mesures nouvelles) ;

- la **CNAVPL** qui verse les pensions de retraites des personnes ayant exercé une profession libérale : **le régime devrait présenter un déficit pour**

**2012 de 127,2 millions d'euros et de 218 millions d'euros en 2013** (sans mesures nouvelles) ;

- la **CNIEG**, la Caisse nationale des industries électriques et gazières : le déficit de la section du régime théoriquement couverte par le produit de la contribution tarifaire d'acheminement (et destinée à financer les droits spéciaux des anciens agents des industries électriques et gazières) s'est élevé à 46 millions d'euros en 2011, 130 millions d'euros en 2012 et **180 millions d'euros en 2013** (données prévisionnelles).

Quant aux **régimes complémentaires obligatoires** (AGIRC et ARRCO), la Cour des comptes a également mis en évidence leur situation financière difficile<sup>1</sup> : ces deux régimes ont enregistré un déficit technique (avant prélèvement sur réserves) de 3,3 milliards d'euros en 2011.

*c) Un important déficit structurel du FSV*

Le FSV a pour mission d'assurer le **financement des dépenses de retraite à caractère non contributif**, relevant de la solidarité nationale (par distinction avec les dépenses relevant d'une logique assurantielle, financées par les cotisations sociales). **Sa situation est donc très sensible à la conjoncture économique.**

**En 2011**, le déficit du fonds **s'est réduit de 700 millions d'euros** (pour atteindre 3,4 milliards d'euros) grâce, comme le précise la commission des comptes de la sécurité sociale, « *à l'embellie passagère de la conjoncture à laquelle ses recettes et ses dépenses sont très sensibles* ». Il est à rappeler qu'en 2010, son déficit s'était particulièrement creusé sous l'effet conjugué de la crise économique qui avait majoré ses charges et des mesures de la LFSS 2009 qui l'avaient privé d'une partie de ses recettes.

**En 2012**, le déficit du FSV **atteindrait de nouveau plus de 4 milliards d'euros** compte tenu de la forte progression de ses charges liées aux revalorisations du minimum vieillesse et à la prise en charge des cotisations des personnes sans emploi. **Le déficit du fonds devrait atteindre en 2012 près de 23 % de ses dépenses.**

**En 2013**, avant mesures du présent projet de loi, son solde devrait s'améliorer pour atteindre - **3,6 milliards d'euros**, en raison notamment de l'effet, en année pleine, des recettes qui lui ont été affectées dans le cadre de la LFR d'août 2012.

---

<sup>1</sup> Cour des comptes – rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juillet 2012.

### **L'évolution des dépenses prises en charge par le FSV et de son panier de recettes**

Depuis sa création en 1994, le champ d'intervention du FSV s'est considérablement élargi, le nombre de bénéficiaires des mesures financées par le FSV étant ainsi passé de 11,9 millions de personnes en 1994 à 17,3 millions aujourd'hui.

#### **Les dépenses de solidarité financées par le Fonds sont de deux types :**

- des prestations vieillesse (l'ancien « minimum vieillesse » ; les majorations de pension et le minimum contributif depuis 2011), qui sont payées aux assurés par les différents régimes de retraite, et font l'objet d'un remboursement par le FSV auprès de ces régimes, sur justificatifs ;

- des prises en charge de cotisations, évaluées de manière forfaitaire, destinées à compenser pour les régimes de base et de retraite complémentaire le coût de la validation gratuite des périodes d'interruption d'activité (chômage, service militaire et désormais volontariat civil, arrêts maladie et maternité depuis 2010).

**Le FSV a également connu une évolution très importante de son panier de recettes**, notamment une perte progressive de 0,45 point de CSG, partiellement compensée par une augmentation également progressive de la dotation de la CNAF (désormais égale à 100 % du coût des majorations de pensions pour enfants) et l'adjonction de nombreuses taxes et contributions (C3S, forfait social,...). Le FSV a bénéficié de nouvelles recettes dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 destinées à compenser les prises en charge de prestations au titre du minimum contributif.

## **2. Les mesures proposées dans le cadre du présent projet de loi**

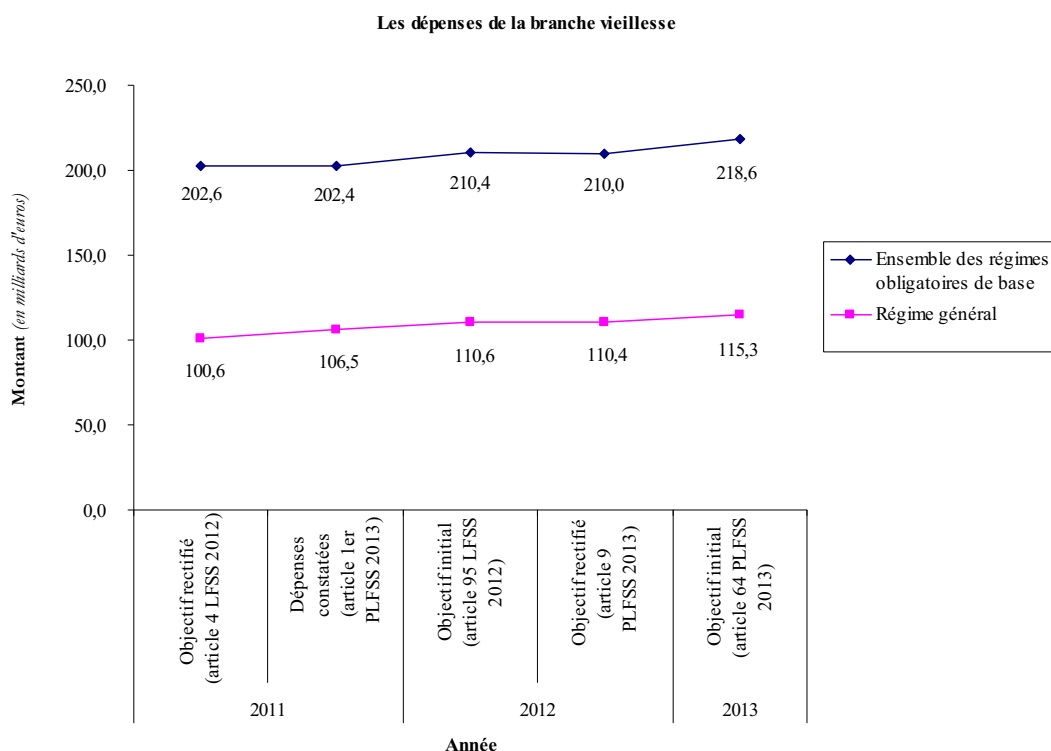
### *a) Les objectifs de dépenses de la branche et du FSV (articles 64, 73 et 74)*

L'**article 64** du présent projet de loi fixe :

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse 2013, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, à **218,6 milliards d'euros**, soit une augmentation de 4 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2012 ;

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse 2013, pour le seul régime général, à **115,3 milliards d'euros**, soit un accroissement de 4,4 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2012.

## Evolution de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse



Source : commission des finances

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, malgré l'impact du recul de l'âge légal de départ à la retraite décidé dans le cadre de la réforme de 2010, **la croissance des prestations vieillesse reste dynamique.**

En 2012, les prestations servies devraient ainsi progresser de 4 % environ par rapport à 2011, l'effet de la réforme de 2010 étant « compensé » par une revalorisation plus élevée des pensions que les années passées. En 2013, elles devraient également rester dynamiques, sous l'effet notamment de l'élargissement du dispositif dit « carrières longues ».

L'**article 74** du présent projet de loi fixe, quant à lui, les prévisions de charges du FSV pour 2013 à **19,3 milliards d'euros**, soit 700 millions de plus par rapport à la prévision pour 2012.

Selon l'exposé des motifs de cet article, cette prévision a été établie en tenant compte de deux effets jouant en sens inverse :

- d'une part, **une stabilité du montant de la prise en charge par le Fonds d'une partie du minimum contributif, ainsi que la baisse structurelle des versements effectués au titre du minimum vieillesse** compte tenu de la réduction tendancielle des personnes concernées par ce dispositif ;

- d'autre part, une **hausse des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage.**

Il est vrai que le respect de la prévision de dépenses du FSV dépendra très fortement de l'évolution de la situation économique en 2013 et, partant, de celle du marché de l'emploi.

Quant à l'**article 73** du présent projet de loi, il fixe, conformément à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, **les dépenses liées au minimum contributif prises en charge par le FSV à 3,4 milliards d'euros pour le régime général**, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Le niveau de ces transferts est donc inchangé par rapport à 2012. La question du partage de l'effort entre le FSV et les régimes obligatoires de base en la matière doit être, de nouveau, abordée dans le cadre de la concertation sur les retraites prévue en 2013.

*b) Les autres mesures*

**Dans la continuité du décret « carrières longues » de juillet dernier, le présent projet de loi propose également de nouvelles mesures ciblées :**

- l'attribution de points gratuits de retraite proportionnelle aux exploitants agricoles ayant dû cesser leur activité pour cause de maladie ou infirmité (article 60) ;

- l'accompagnement de l'extinction du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (article 61) ;

- les modalités de revalorisation des pensions de réversion des régimes de prestations complémentaires des professions médicales (article 62) ;

- les modalités de répartition de la pension de réversion entre ayants-droit au régime de sécurité sociale des marins (article 63).

**S'agissant des autres régimes obligatoires de base dont la situation financière est fortement dégradée (CNRACL, CNAVPL, CNIEG), les mesures suivantes sont proposées :**

- l'article 4 propose de transférer à la CNRACL des réserves excédentaires de deux fonds destinés à financer des prestations pour les agents des collectivités locales ;

- l'article 19 prévoit de relever les bornes législatives de la contribution tarifaire d'acheminement qui permet de financer une partie des droits du régime spécial des industries électriques et gazières ;

- par voie réglementaire, il est prévu, d'une part, d'augmenter le taux des cotisations dues par les employeurs (hôpitaux et collectivités territoriales) à la CNRACL de 1,35 point en 2013 et en 2014 et, d'autre part, d'augmenter

les taux de cotisations de la CNAVPL de 1,12 point en 2013 et de 0,35 point en 2014.

## **B. QUEL BILAN DE LA RÉFORME DES RETRAITES DE 2010 ?**

### **1. Un schéma de financement optimiste**

Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011, **la Cour des comptes estimait que l'impact de la réforme des retraites de 2010 sur le solde de l'ensemble des régimes de retraite avait été surévalué par le Gouvernement de l'époque.**

• Selon la Cour, la présentation qui avait été faite de la réforme incluait, tout d'abord, **deux composantes qui pouvaient difficilement être retenues pour apprécier son impact sur les finances publiques :**

- *« La première, intitulée « Effort de l'Etat en faveur de ses fonctionnaires » et qui représente 15 milliards d'euros chaque année, correspond de manière purement conventionnelle à l'augmentation de la contribution du budget général au compte d'affectation spéciale des pensions de 2000 à 2010 » ;*

- *« La deuxième, qui consiste en un basculement de cotisations versées à l'Unedic vers des cotisations de retraite (c'est-à-dire qui revient à gager des augmentations de cotisations retraites par une diminution des cotisations chômage), est envisageable mais encore hypothétique. Les partenaires sociaux se sont accordés en mars 2011 sur le principe d'une baisse des cotisations de chômage, mais son ampleur est indéterminée et elle est soumise à une double condition relative aux évolutions du solde annuel et de l'endettement de l'Unedic. »*

• Par ailleurs, la Cour insistait fortement, comme la commission des finances à l'époque, sur **l'optimisme des hypothèses prises en compte**. Ces projections s'appuyaient sur le scénario économique intermédiaire du Conseil d'orientation pour les retraites (COR), caractérisé par une baisse du taux de chômage jusqu'à 4,5 % en 2024.

La Cour énonçait plusieurs facteurs susceptibles de modifier substantiellement les prévisions relatives à l'état des comptes des régimes de retraite à l'horizon 2020 :

- elle notait que le COR estimait à 3,8 milliards le besoin de financement supplémentaire des régimes de retraite en 2020 dans son scénario le plus défavorable (avec un taux de chômage de 7 % à long terme) ;

- elle relevait que l'ARRCO et l'AGIRC avaient réalisé de nouvelles projections de leurs soldes techniques à la fin de 2010, dont il ressortait que, pour un même scénario économique que celui du Gouvernement de l'époque, le solde des régimes complémentaires pourrait être dégradé de 2,5 milliards en 2020 ;

- elle soulignait que l'INSEE avait présenté de nouvelles projections démographiques à la fin de 2010 dans lesquelles la population française était un peu plus nombreuse en 2020. L'écart par rapport aux projections antérieures utilisées par le COR étant plus important pour la population de soixante-cinq ans et plus que pour la population de vingt à soixante-quatre ans, le déficit des régimes de retraite aurait été aggravé de 3,5 milliards en 2020.

**• Même sans remettre en cause les hypothèses macro-économiques retenues, il est à rappeler qu'en tout état de cause, l'équilibre financier annoncé pour 2008 ne pouvait être au mieux que ponctuel.** A partir de 2020, la question du financement de notre système de retraite par répartition doit à nouveau se poser car les besoins de financement devraient sensiblement augmenter. Si l'on reprend les hypothèses du COR de 2010, les besoins de financement annuels s'élèveraient en 2030 à 70,3 milliards d'euros, soit une progression de 56,2 % par rapport à 2020, contre 39,3 % entre 2010 et 2020.

Or, force est de constater que certaines marges de manœuvre ont d'ores-et-déjà été préemptées. Notamment, afin de refinancer les déficits cumulés de la branche vieillesse durant la prochaine décennie, il est prévu de « liquider » progressivement les actifs du Fonds de réserve des retraites. Or, ce fonds devait permettre initialement de lisser les déficits du système de retraite à partir de 2020.

## **2. Une consolidation entreprise par la loi de finances rectificative d'août 2012**

**Bien que présentant la réforme des retraites comme entièrement financée, il peut être rappelé que le Gouvernement de l'époque a proposé dès l'automne 2011 (dans la LFR de septembre 2011) des mesures nouvelles à destination de la CNAV à hauteur de 949 millions d'euros pour 2012, ce qui pouvait laisser perplexe quant au bouclage financier de la réforme : affectation de la moitié du produit de la hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières.**

**Dès juillet 2012, le nouveau Gouvernement a, quant à lui, affecté à la branche vieillesse l'essentiel des mesures de recettes adoptées dans le cadre de la deuxième loi de finances rectificative pour 2012, notamment le produit généré par la hausse du forfait social (soit 600 millions d'euros en 2012 et 1,8 milliard d'euros en 2013).**

Outre les mesures de recettes qui concerneront l'ensemble des branches, de nouvelles **mesures de consolidation** de la branche vieillesse sont prévues dans le cadre du présent projet de loi :

- le FSV bénéficiera du **produit généré par l'harmonisation de l'assiette de la C3S** (60 millions d'euros) et, temporairement, du **produit de**



**la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (350 millions d'euros)<sup>1</sup> ;

- par ailleurs, plusieurs régimes obligatoires, autres que le régime général, bénéficieront **de recettes supplémentaires** : la CNRACL (630 millions d'euros), la CNAVPL (200 millions d'euros) et les anciens salariés des entreprises du secteur des industries électriques et gazières (160 millions d'euros).

### **3. Vers une nouvelle concertation**

La Conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012 a permis de définir un calendrier et la méthode de la future concertation sur les retraites :

- **le COR doit remettre en janvier 2013 au Gouvernement un « état des lieux du système des retraites »**. Ce nouveau diagnostic est essentiel pour mesurer l'impact réel de la réforme de 2010 et l'effet de la crise économique sur les projections de 2010 ;

- ces travaux seront complétés début 2013 par **les conclusions d'une commission *ad hoc* chargée de proposer des pistes de réforme** ;

- un **processus de réflexion sur la réforme des retraites devrait enfin être engagé au printemps 2013 sur les thèmes suivants** : la simplification du système, la situation des poly-pensionnés, c'est-à-dire ceux qui ont cotisé à plusieurs régimes au cours de leur carrière, ou encore la prise en compte de la pénibilité.

#### **Les conclusions de la conférence sociale en matière de retraites**

*« En matière de retraites, la table-ronde a permis d'identifier les thèmes prioritaires en matière de dialogue social et conduit à définir un calendrier pour une réforme globale de notre système de retraite :*

*« 1/ Une phase de diagnostic, sur la base d'un état des lieux de notre système de retraite et de ses perspectives financières réalisé par le Conseil d'orientation des retraites, se déroulera entre septembre 2012 et le début de l'année 2013. Un état des lieux plus précis sera élaboré sur les thèmes de l'équité du système de retraites (égalité femmes/hommes, personnes en situation de handicap, pénibilité), des déterminants du niveau de pension, de la place respective de la solidarité et de la contributivité, de la pérennité financière du système de retraite, de la transition emploi/retraites, et de la simplification et de la lisibilité du système de retraites au regard notamment de l'information des assurés et de la situation des poly-pensionnés ;*

*« 2/ A partir des travaux du Conseil d'orientation des retraites, sur la base d'un cahier des charges négocié entre le Gouvernement et les partenaires sociaux, une commission ad hoc formulera différentes pistes de réforme à plus ou moins long terme, sur la base de consultations menées auprès de l'ensemble des acteurs concernés. Parmi les pistes de réforme, l'une d'entre elles concernera l'évolution de notre système de retraite à long terme, s'agissant notamment des solidarités à mettre en œuvre, de la simplification et la lisibilité du système de retraites et de la situation des poly-pensionnés.*

<sup>1</sup> Ce montant a été porté à 450 millions d'euros à l'Assemblée nationale.

*« 3/ Sur la base des conclusions de cette commission ad hoc, une phase de concertation entre le Gouvernement et les partenaires sociaux aura lieu sur les évolutions souhaitables de notre système de retraite à partir du printemps 2013, à l'occasion de laquelle le gouvernement échangera avec les partenaires sociaux sur les orientations qu'il souhaite retenir pour l'avenir de notre système de retraite. »*

*Source : « Feuille de route de la grande conférence sociale »*

## IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

### A. L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE AT-MP : UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE PRÉVU EN 2013

Depuis 2009, la branche AT-MP est dans une situation de déficit continu. Le retour à une situation excédentaire de la branche est prévu pour l'année 2013.

#### Solde du régime général de la branche AT-MP depuis 2009

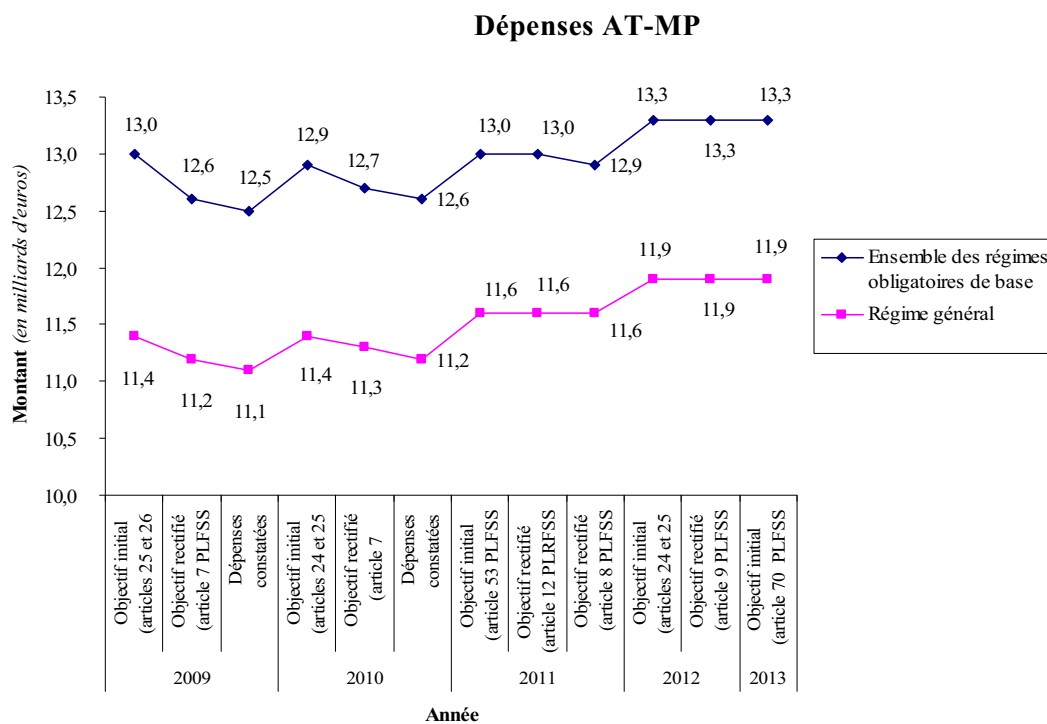
(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
<b>Recettes</b>	<b>10,4</b>	<b>10,5</b>	<b>11,3</b>	<b>11,8</b>	<b>12,2</b>
<b>Dépenses</b>	<b>11,1</b>	<b>11,2</b>	<b>11,6</b>	<b>11,9</b>	<b>11,9</b>
<b>Solde</b>	<b>- 0,7</b>	<b>- 0,7</b>	<b>- 0,3</b>	<b>- 0,1</b>	<b>0,3</b>

Source : Annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010, du PLFSS pour 2012 et du présent projet de loi

#### 1. Les dépenses pour 2013 (article 70)

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) entre 2009 et 2013.



Pour 2013, l'**article 70** du présent projet de loi fixe à :

- **13,3 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'**ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une **stabilisation** par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2012 et en augmentation de 3,1 % par rapport aux dépenses constatées en 2011 ;

- **11,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour le **seul régime général**, soit une **stabilisation** par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2012 et en augmentation de 2,6 % par rapport aux dépenses constatées en 2011.

Les objectifs de dépenses inscrits dans le présent projet de loi restent stables par rapport à l'objectif fixé pour 2012 et intègrent les mesures suivantes :

- d'une part, des mesures votées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale comme le **versement de la branche AT-MP à la branche maladie (article 68 du présent projet de loi)** au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles<sup>1</sup>, dont le montant a été reconduit par rapport à l'année dernière (**790 millions d'euros**), et le financement **des dotations aux fonds destinés à la prise en charge ou à l'indemnisation des victimes de l'amiante** (FCAATA : fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et FIVA : fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante) pour un montant total de **1 005 millions d'euros (article 69 du présent projet de loi)**.

Les **victimes de l'amiante** sont par ailleurs concernées par une mesure qui élargit à l'ensemble des bénéficiaires d'un dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), quels que soient les régimes de cessation d'activité dont ils relèvent, la possibilité de **liquider simultanément toutes leurs pensions de retraite dès 60 ans** s'ils ont une carrière complète. Ce dispositif qui figure à l'**article 67 du présent projet de loi** supprime également la possibilité de cumul entre pensions d'invalidité et pensions de retraite. Le coût net de la mesure est évalué à 1 million d'euros en 2013 ;

- d'autre part, deux mesures nouvelles sont inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. L'une **améliore l'indemnisation de victimes d'accidents de travail dont l'incapacité permanente dépasse 80 %**, à travers la mise en œuvre d'une prestation qui permet la prise en charge plus complète de leurs besoins d'assistance, pour un coût évalué à **40 millions d'euros (article 65 du présent projet de loi)**. L'autre dispositif permet **l'amélioration du recouvrement des sommes avancées par la branche** au titre de l'indemnisation des victimes d'une faute inexcusable de l'employeur (**article 66 du présent projet de loi**). L'impact financier de cette mesure contribue à l'amélioration du solde de la branche pour un montant de **30 millions d'euros**.

---

<sup>1</sup> Ce versement est prévu à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

## 2. Les recettes pour 2013

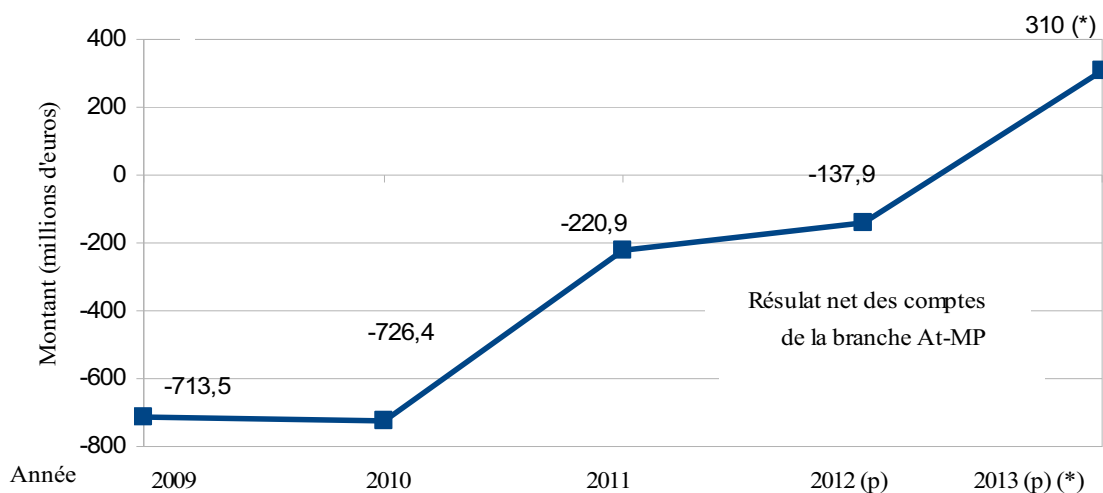
L'augmentation des recettes de la branche AT-MP en 2013 résulte pour l'essentiel de **l'augmentation réglementaire des cotisations employeurs** pour un montant de **200 millions d'euros** et de la **diminution de la dotation au FIVA de 200 millions d'euros** par rapport à l'exercice précédent (*cf. éclairage infra*).

D'autres mesures de recettes figurent dans le présent projet de loi mais avec un impact plus marginal : incidences financières du paiement des cotisations sur salaire réel des particuliers employeurs (**article 15 du présent projet de loi pour 30 millions d'euros**) ou élargissement de la couverture sociale des élus locaux (**article 17 du présent projet de loi, soit 10 millions d'euros**).

## 3. La branche AT-MP retrouverait l'équilibre en 2013

Selon les données fournies par la direction de la sécurité sociale, le rééquilibrage de la branche entamé en 2010 se poursuivrait. Le solde de la branche AT-MP pour l'exercice 2013 présenterait un excédent de **310 millions d'euros** pour le régime général et de **400 millions d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires.

Votre rapporteur pour avis **salue le retour de la branche AT-MP à l'équilibre financier pour la première fois depuis 2008**. Les mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en dépenses comme en recettes satisfont cette exigence.



(\*) Pour 2013, le solde de la branche prend en compte les mesures du présent projet de loi.

Source : rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale 2009, 2010, 2011 et 2012

#### 4. L'absence de certification des comptes de la branche

Pour la **seconde année consécutive**, votre rapporteur pour avis regrette **l'absence de certification** des comptes de la branche AT-MP par la Cour des comptes.

Il constate que **tous les efforts n'ont pas été entrepris** afin d'assurer la fiabilité, l'évaluation sincère et régulière des comptes.

#### **B. LA SITUATION FINANCIÈRE DES FONDS « AMIANTE »**

La branche AT-MP du régime général est le **principal contributeur des deux fonds** créés pour assurer **l'indemnisation des victimes de l'amiante** : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds constituent une part importante des charges supportées par la branche. La CNAM AT-MP aura ainsi contribué pour près de **10,5 milliards** d'euros au financement de ces deux fonds sur la période **2002-2012**.

Le **coût** des dotations de la branche AT-MP aux fonds « amiante » **s'est stabilisé depuis quelques années** en raison notamment de la baisse du nombre total de demandes et de pathologies reconnues depuis 2005<sup>1</sup>.

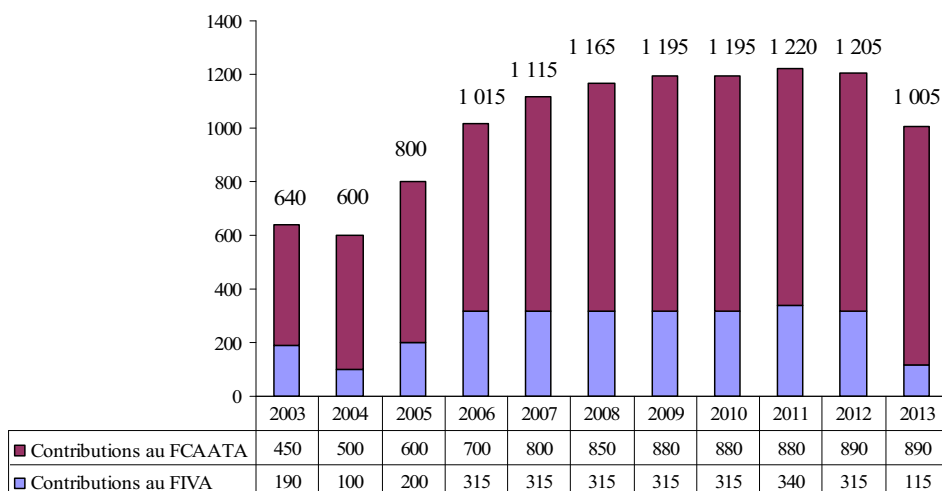
L'**article 69** du présent projet de loi constitue à cet égard une rupture dans les relations nouées entre la branche et les fonds : il prévoit une dotation totale versée par la CNAM AT-MP en 2013 de **1,005 milliard d'euros, en nette diminution par rapport aux dotations précédentes**. La contribution versée au FIVA est réduite de 315 millions d'euros à 115 millions d'euros pour 2013 (*cf. infra*).

---

<sup>1</sup> Nombre de demandes de reconnaissances de maladie professionnelle due à l'amiante : 9168 (2005) / 8720 (2006) / 8252 (2007) / 7625 (2008) / 6943 (2009) / 6771 (2010) / 6589 (2011) – Source : données CNAMTS (mise à jour mai 2012).

## Contribution de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)



Source : lois de financement correspondantes

### 1. La situation du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

#### a) Origine et objectifs du fonds

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une **allocation de cessation anticipée d'activité**, c'est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) destiné à financer cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante, de même qu'il a été étendu aux personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le bénéfice de l'ACAATA aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 l'a également étendu aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Le dispositif de CAATA permet à tout travailleur ayant exercé dans l'un des établissements inscrits sur les listes fixées par arrêté d'anticiper sa fin

d'activité de trois mois pour chaque année d'exposition potentielle à l'amiante dans le secteur professionnel considéré. Au 31 décembre 2011, 1 685 établissements étaient inscrits sur les listes ouvrant droit à l'accès au dispositif de CAATA.

*b) Situation financière*

Le fonds est financé – outre la contribution de la branche accidents du travail – maladies professionnelles **maintenue à 890 millions d'euros par le II de l'article 69** du présent projet de loi – par une fraction du produit des droits tabac et une contribution de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) pour couvrir la prise en charge de ses affiliés (montant estimé à 34 millions d'euros en 2012). Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la contribution versée par les entreprises dont certains salariés avaient été exposés à l'amiante a été supprimée.

Les **dépenses du FCAATA** diminuent depuis quelques années (- 0,2 % en 2009 ; - 2,9 % en 2010) en raison de la montée en charge du dispositif et de la baisse tendancielle du nombre de bénéficiaires de l'allocation versée : 30 600 allocataires du FCAATA en 2010, 28 400 en 2011, 27 185 en 2012. Ces dépenses passeraient de 874 millions d'euros en 2011 à 851 millions d'euros prévus en 2012 puis **818 millions d'euros** en 2013<sup>1</sup>.

De **nouvelles charges** affectées au fonds viennent toutefois nuancer ce constat.

En effet, le fonds verse depuis l'exercice 2011 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) une dotation destinée à compenser les charges que celle-ci supporte au titre du maintien à 60 ans de l'âge de départ à la retraite des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité au titre de leur exposition à l'amiante (ACAATA). Ces sommes sont estimées respectivement à 24 millions d'euros et 36 millions d'euros pour 2012 et 2013 contre 6 millions seulement en 2011. Elles pourraient représenter 200 millions d'euros par an à compter de 2016.

A l'inverse, **les recettes** ont augmenté légèrement de 909 millions d'euros en 2010 à 924 millions d'euros en 2011 en raison notamment du maintien des droits sur la consommation des tabacs et de l'augmentation continue de la contribution du régime général. En 2012 et 2013, elles seraient stables.

Le FCAATA, dont la **réserve cumulée était devenue fortement négative en 2009** à hauteur de 284 millions d'euros, dispose ainsi depuis 2010 de **produits supérieurs aux charges qu'il supporte**.

**En 2011**, le résultat net du fonds a été positif (+ **51 millions d'euros**) ce qui a permis de ramener le déficit cumulé du fonds à - 225 millions d'euros.

---

<sup>1</sup> Source : réponse au questionnaire parlementaire (chiffres au 31 juillet 2012).



Pour les exercices suivants, le FCAATA devrait connaître une nouvelle amélioration de son solde avec un résultat net positif de **74 millions d'euros en 2012** et de **107 millions d'euros en 2013**. Le déficit cumulé depuis 2000 poursuivrait sa diminution et ne serait plus que de 44 millions d'euros fin 2013.

### Évolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
<b>CHARGES</b>	<b>918</b>	<b>929</b>	<b>926</b>	<b>900</b>	<b>874</b>	<b>851</b>	<b>818</b>
<b>Charges gérées par la CNAM AT-MP</b>	795	806	804	780	755	740	714
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	638	647	645	627	601	571	539
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	144	146	146	140	135	134	128
Charges de gestion des CRAM	13	13	13	13	12	11	11
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire à la retraite					6	24	36
<b>Charges gérées par la CDC</b>	<b>123</b>	<b>122</b>	<b>123</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>110</b>	<b>104</b>
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	122	121	120	120	117	110	104
IREC (AGIRC + ARRCO)	100	99	98	99	96	91	86
IRCANTEC	1	1	1	1	1	1	1
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	21	21	21	20	20	19	17
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	2	2	3	0,1	2	0	0
Charges financières CDC	0	0	0	0	0	0	0
<b>PRODUITS</b>	<b>862</b>	<b>916</b>	<b>915</b>	<b>909</b>	<b>924</b>	<b>925</b>	<b>925</b>
Contribution de la CNAM AT-MP	800	850	880	880	890	890	890
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
Contribution de l'Etat : droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	29	30	31	33	34	34	34
Produits financiers CDC	0	1	0	0	0	0	0
Contribution employeurs	33	35	3,4	-4,4	-1	-	0
<b>Résultat net</b>	<b>- 56</b>	<b>-12</b>	<b>- 11</b>	<b>8,7</b>	<b>41</b>	<b>74,2</b>	<b>106,7</b>
<b>Résultat cumulé depuis 2000</b>	<b>- 260</b>	<b>- 272</b>	<b>- 284</b>	<b>- 275</b>	<b>- 234</b>	<b>- 150</b>	<b>- 44</b>

Source : Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2012 et prévisions 2012 et 2013

Votre rapporteur pour avis souligne que le maintien à un niveau élevé de la contribution de la branche AT-MP prévue dans le présent projet de loi constitue un effort indispensable afin de poursuivre l'apurement de la dette du FCAATA.

## **2. La situation spécifique du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**

### *a) Les comptes du FIVA et le montant des dotations de la branche AT-MP*

#### (1) La situation financière du FIVA

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Depuis sa création jusqu'au 31 décembre 2011, le montant total des indemnisations versées aux victimes par le FIVA atteint 2,99 milliards d'euros.

Le FIVA est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une autre de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

### Comptes du FIVA de 2007 à 2013

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
CHARGES	356	424	424	465	400	450	390
PRODUITS	401	419	418	429	484	442	242
<b>Dotation CNAMTS-AT</b>	315	315	315	315	340	315	115
<b>Dotation Etat</b>	48	47	48	48	48	47	-
<b>Autres produits (dont reprises sur provisions)</b>	39	57	55	67	97	80	80
<b>Résultat net</b>	45	- 5	- 6	- 36	84	- 8	- 195
<b>Résultat cumulé depuis 2001</b>	308	303	297	261	345	337	142

Source : données comptables FIVA jusqu'à 2011 – prévision DSS pour 2012

#### (2) Les dotations CNAMTS-AT

La dotation allouée au FIVA entre 2006 et 2010 s'élevait à 315 millions d'euros chaque année.

La dotation du fonds allouée pour l'année 2011 s'est établie exceptionnellement à 340 millions d'euros en raison de nouvelles dépenses lui incombant (liées en particulier au traitement d'un stock de dossiers en instance ou susceptibles d'être traités « en appel »).

La dotation pour 2012 a été fixée à nouveau à 315 millions d'euros.

#### b) L'estimation du montant prévisionnel des charges du FIVA en question

L'estimation de la dotation versée au FIVA est élaborée en fonction du montant des charges prévisionnelles de celui-ci.

#### (1) Les facteurs d'évolution des dépenses du FIVA

- Le nombre de demandes

Les demandes faites au FIVA correspondent d'une part à de nouveaux dossiers *stricto sensu* (correspondant à de nouvelles victimes, qui n'avaient encore jamais déposé de demande) et, d'autre part, aux demandes des ayants droit ou de victimes déjà connues du fonds.

Le nombre total de nouveaux dossiers est tendanciellement en baisse.

### Évolution du nombre de nouveaux dossiers enregistrés depuis 2002

Année	Total annuel	Moyenne mensuelle	Évolution
2002	3 229	538	
2003	7 774	648	20,4 %
2004	8 040	670	3,4 %
2005	8 467	706	5,3 %
2006	8 929	744	5,5 %
2007	10 771	898	20,6 %
2008	6 563	547	- 39,1%
2009	6 645	554	1,2 %
2010	6 010	501	- 9,6 %
2011	5 508	459	- 8,4 %

Source : rapport d'activité du FIVA 2011

Les rapports d'activité du FIVA montrent néanmoins une tendance générale à la hausse des demandes formées par les ayants droit :

### Evolution du nombre de dossiers et de demandes depuis 2009

Comparaison mois de janvier à décembre	Nombre de demandes		Moyenne mensuelle		Taux d'évolution	
	ND	TD	ND	TD	ND	TD
2009	6 645	17 883	554	1 490		
2010	6 010	17 181	501	1 432	- 9,6 %	- 3,9 %
2011	5 508	17 274	459	1 440	- 8,4 %	- 0,5 %

ND : Nouvelles demandes / TD : Total des demandes

Source : rapport d'activité du FIVA 2011

#### ▪ La capacité d'instruction des dossiers

Les pouvoirs publics ont constaté les difficultés croissantes rencontrées par le FIVA pour mener à bien les tâches qui lui sont confiées, malgré la hausse de ses effectifs depuis 2003.

Un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), remis au ministère du Travail et de la Santé en juillet 2008, a mis en évidence de graves difficultés d'organisation du Fonds. A cette date, près de **24 000 demandes d'indemnisation étaient en instance d'instruction, ce qui représentait environ vingt mois de traitement** alors que la loi impose au FIVA de faire une offre dans un délai de six mois après que le dossier a été jugé recevable. Seuls 18 % des demandes étaient ainsi instruites dans ce délai et près de **150 000 euros d'intérêts de retard** avait été payés sur les cinq premiers mois

de l'année 2008. Ce montant était en croissance rapide puisqu'il était quasi nul en 2006.

A la suite de cet audit, un « **dispositif d'urgence** » a été mis en place en 2009, prolongé en 2010 et 2011, pour traiter le stock très important de demandes simples. Une extension des locaux du fonds est également intervenue en juin 2010.

En 2011, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission et tendant à **formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des dossiers ont été initiées** :

- spécialisation des juristes en charge de l'indemnisation permettant une standardisation des procédures ;

- refonte du système informatique et mise en place d'un système intégré permettant de retracer tous les traitements réalisés pour chaque dossier d'indemnisation (juin 2011).

Un **contrat de performance** a été signé entre l'Etat et le Fonds le 15 février 2010.

(2) La difficile estimation des charges incombant au FIVA

- L'illustration de ces difficultés : l'estimation pour l'année 2011

Selon les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011<sup>1</sup>, les **charges du FIVA pour 2011** devaient augmenter d'environ 15 % (465 millions d'euros en 2010) et se situer autour de **535 millions d'euros**. L'objectif de dépenses avait été sensiblement revu à la hausse pour l'exercice 2011 afin de tenir compte de l'amélioration planifiée de **l'efficacité du FIVA dans le traitement des dossiers d'indemnisation**.

Les dépenses du FIVA constatées en 2011 ont en réalité reculé de 14 %, pour atteindre **400 millions d'euros** (dépenses d'indemnisation et dotations aux provisions), soit **un écart de 135 millions d'euros** entre les dépenses réelles du fonds et la dernière estimation disponible au moment de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

L'objectif de dépenses n'a pas été atteint en raison notamment de difficultés de personnel qui ont affecté la chaîne de traitement des dossiers, d'une mise en application plus tardive qu'envisagée du nouveau système informatique et par conséquent d'un retard en matière de gains de productivité.

---

<sup>1</sup> Ce niveau de dépenses était néanmoins inférieur aux prévisions de la même Commission dans son rapport de juin 2011, l'estimation s'élevait alors à 600 millions d'euros.

Le nombre d'offres<sup>1</sup> faites aux victimes par le FIVA a certes progressé en 2011 (7 125 offres, soit + 4% en 2011 après + 10% en 2010) mais est resté en deçà de l'objectif qui a servi d'estimation pour le montant des charges (9 000 offres devaient être faites).

- La question du coût moyen des offres servies accentue les difficultés de l'évaluation

Le coût moyen des offres faites aux victimes ou à leurs ayants droit par le FIVA en 2011 (mesuré par le rapport du total des charges au nombre d'offres faites aux victimes dans l'année) a nettement baissé en 2011.

Depuis 2007, ce coût moyen connaît de fortes oscillations chaque année. En 2009 et 2010, il avait fortement progressé pour atteindre environ 68 000 euros, en raison de l'apurement d'une partie du stock accumulé de dossiers graves non traités les années précédentes. En 2011, le coût moyen est redescendu à son niveau de 2008 (soit 57 000 euros).

Cet aléa accentue les difficultés d'appréciation des charges prévisionnelles du Fonds.

#### *c) Le montant de la dotation de la branche AT-MP au FIVA en 2013*

L'article 69 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit de réduire la dotation de la branche au FIVA de 315 millions d'euros à 115 millions d'euros (- 64 %).

(1) Les chiffres du Gouvernement

**Le Gouvernement estime que** le total des dépenses du FIVA pour 2013 s'établirait à 390 millions d'euros.

**Compte tenu des prévisions de dépenses du Fonds en 2012 fixées à 450 millions d'euros, le résultat cumulé fin 2012 est estimé à 337 millions d'euros.**

**En prenant en considération un tel résultat net cumulé**, ainsi que les autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80 millions d'euros), le Gouvernement estime que la réduction de la dotation de la branche AT-MP n'affecterait pas l'équilibre du fonds. Selon ces hypothèses, le résultat cumulé fin 2013 du FIVA resterait positif et s'établirait à **142 millions d'euros**.

(2) L'existence de marges d'erreur non négligeables

L'évaluation des dépenses du FIVA pour 2013 paraît tout aussi difficile à réaliser que pour l'année 2012 en raison des problèmes structurels de gestion interne des dossiers et des incertitudes persistantes en ce domaine.

---

<sup>1</sup> Les demandes d'indemnisation adressées au FIVA font l'objet d'une instruction complète selon des critères précis. A la suite du traitement des dossiers, le FIVA adresse des offres d'indemnisation aux victimes, dont le montant est fonction des préjudices tant personnels qu'économiques subis. Les offres du Fonds peuvent être contestées par les victimes devant la cour d'appel de leur domicile.

Il peut néanmoins être constaté :

- que la prévision de dépenses du Fonds, si elle s'établissait à 390 millions d'euros, serait **inférieure aux dépenses du Fonds constatées depuis 2008** (année où la mission IGAS/IGF a réalisé son audit) ;

- que l'hypothèse du Gouvernement se fonde sur une baisse tendancielle du nombre de nouveaux dossiers à traiter **bien que le stock global de dossiers reste stable** (*cf. tableau 3*) et que les besoins restent importants ;

- que ses estimations s'appuient sur un nombre d'offres d'indemnisation aux victimes compris entre 6 000 et 7 000 alors même que **le nombre moyen d'offres réalisées depuis 2007 s'établit à environ 7 300 offres par an**<sup>1</sup>.

(3) Un nouvel audit du FIVA en 2012

Une nouvelle **mission d'audit et de conseil** du FIVA a été confiée à l'IGAS. Les résultats devraient être connus avant la fin de l'année 2012. Il serait utile que le Gouvernement puisse, lors de la séance publique, donner les premières conclusions de cette étude.

---

<sup>1</sup> *Rapport d'activité du FIVA au Parlement et au Gouvernement (2011).*

## V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

### A. LA SITUATION DE LA BRANCHE « FAMILLE » S'EST DÉGRADÉE DE FAÇON CONTINUE DEPUIS 2007

Entre 2007 et 2012, la branche « Famille » est passée d'une situation excédentaire (+ 0,2 milliard d'euros) à un déficit de 2,5 milliards d'euros.

#### Solde du régime général de la branche « famille » depuis 2007

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
<b>Recettes</b>	<b>54,9</b>	<b>57,2</b>	<b>56,1</b>	<b>50,2</b>	<b>52,2</b>	<b>53,9</b>	<b>55,5</b>
<b>Dépenses</b>	<b>54,8</b>	<b>57,5</b>	<b>57,9</b>	<b>52,9</b>	<b>54,8</b>	<b>56,4</b>	<b>58,1</b>
<b>Solde</b>	<b>+ 0,2</b>	<b>- 0,3</b>	<b>- 1,8</b>	<b>- 2,7</b>	<b>- 2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>- 2,6</b>

Source : Annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010, du PLFSS pour 2012 et du présent projet de loi

En 2011, les dépenses de la branche se sont établies à **55,3 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à **54,8 milliards d'euros** pour le seul régime général (**article 1<sup>er</sup>** du présent projet de loi).

En 2012, les charges nettes de la branche « famille » **augmenteraient de 2,9 %**. L'objectif rectifié des dépenses de la branche est de **56,9 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de **56,4 milliards d'euros** pour le régime général (**article 5** du présent projet de loi de financement).

La branche a été fragilisée par les effets de la crise économique, mais également par des choix politiques portant tant sur ses recettes que ses dépenses.

#### 1. La structure des recettes et des dépenses de la branche « famille »

a) La branche « famille » bénéficie de recettes dont le dynamisme est étroitement lié à la croissance

Les ressources de la branche « famille » se décomposent pour l'essentiel en **deux grandes catégories** de recettes qui **reposent sur le dynamisme de l'évolution de la masse salariale du pays et des revenus d'activité** :

- les **cotisations sociales** forment environ **64 % des produits nets** de la branche en 2012.

Elles se décomposent en cotisations sociales de droit commun qui représentent 97 % de ce total, en cotisations « fictives » (cas où l'employeur



fournit directement des prestations sociales) et en cotisations prises en charge par l'Etat ou par la sécurité sociale.

- les **impôts et taxes affectés**, en particulier **la CSG**, une fraction des droits sur les tabacs et de la taxe sur les salaires<sup>1</sup>, qui représentent environ **33 % de l'ensemble des recettes** en 2012 (18 % pour la seule CSG).

En 2011, le panier de ces impôts et taxes a été modifié en raison de l'attribution à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) d'une partie de la CSG affectée à la branche précédemment (**transfert de 0,28 point de CSG sur 1,1 point**). En contrepartie, la loi de finances pour 2011 a prévu **trois mesures de recettes alternatives** :

- l'assujettissement des contrats santé « solidaires » et « responsables », à la taxe spécifique sur les conventions d'assurance (TSCA) ;

- l'application des prélèvements sociaux au compartiment euros des contrats d'assurance vie multisupports ;

- la taxe de sortie sur les sommes de la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance.

Ces trois dispositifs ont permis de compenser la perte de CSG pour l'année 2011 (3,362 milliards d'euros de recettes contre 3,380 milliards d'euros, soit un coût net limité à 28 millions d'euros pour la branche « famille »<sup>2</sup>). Toutefois, en raison de sa composition, ce panier fiscal présente un rendement décroissant qui fragilise la branche « famille » (*cf. infra*).

Le reste des recettes est constitué de **produits de gestion courante** et de **produits exceptionnels**.

---

<sup>1</sup> Avant 2011, la CNAF recevait une fraction d'un panier de recettes fiscales en compensation des pertes de cotisations (panier « Fillon »). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a remplacé cette ressource par l'affectation directe d'une fraction des droits tabacs et de la taxe sur les salaires, due par les employeurs qui ne sont pas soumis à la TVA sur la totalité de leur chiffre d'affaires.

<sup>2</sup> Source : réponse au questionnaire parlementaire.

**Produits nets de la CNAF (2010-2012) – Régime général**

(en millions d'euros)

<b>Produits nets</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Cotisations sociales nettes</b>	<b>32 505</b>	<b>33 726</b>	<b>34 565</b>
<i>Cotisations sociales salariés</i>	29 298	30 287	31 073
<i>Cotisations sociales non salariés</i>	4 003	3 808	3 789
<i>Reprises nettes des provisions et pertes sur cotisations</i>	- 796	- 369	- 296
Autres produits techniques	1 096	911	945
<b>CSG nette</b>	<b>12 038</b>	<b>9 287</b>	<b>9 665</b>
Impôts et taxes (IT) du « panier Fillon »	3 796	0	0
IT du panier TEPA	122	117	97
<b>Autres contributions, impôts et taxes</b>	<b>0</b>	<b>7 647</b>	<b>8 091</b>
<i>Contributions sociales (hors CSG)</i>	0	1 626	1 862
<i>Droit de consommation des tabacs hors panier</i>		1 556,8	1 505
<i>Taxe sur les salaires</i>		2 741	2 889
<i>Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile</i>		1,9	0
<i>Autres IT (dont la TSCA sur les contrats « solidaires et responsables », l' « exit tax » et les prélèvements sociaux sur les contrats multisupports d'assurance-vie)</i>		1 721	1 836
Autres produits nets	617	527	522
Produits financiers	23	33	14
<b>Total</b>	<b>50 197</b>	<b>52 249</b>	<b>53 900</b>

Source : Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale (septembre 2012)

*b) La composition des dépenses de la branche famille*

Les prestations familiales font l'objet d'une **revalorisation annuelle**. **Leur évolution en volume** est, quant à elle, largement déterminée par le nombre d'enfants nés dans l'année et par le nombre d'enfants arrivant à l'âge adulte, ainsi que par la **réduction tendancielle de la taille des familles**.

Ces dépenses peuvent être regroupées en **trois grandes catégories** :

- les **prestations légales**, définies à l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, qui **représentent 64 %** environ de l'ensemble des dépenses.

Ces prestations comprennent :

- des *prestations en faveur de la petite enfance* avec la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui permet de soutenir financièrement les familles dans leur vie quotidienne et dans leur choix de conciliation entre leur vie familiale et leur vie professionnelle : prime à la naissance ou à l'adoption, allocation de base (prestations sous conditions de ressources), complément de libre choix du mode de garde et complément de libre choix d'activité (modulés en fonction des ressources) ;

- des *prestations en faveur de la famille* : les allocations familiales (AF), le complément familial (CF), l'allocation de soutien familial (ASF) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ;

- des *prestations en faveur du logement* : l'allocation de logement (ALF) et la contribution au financement de l'aide personnalisée au logement (APL) *via* le fonds national d'aide au logement (FNAL) ;

- des *prestations à destination des personnes handicapées ou malades* : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

- les **transferts financiers de la CNAF vers d'autres régimes de base de la sécurité sociale**, soit **16 % du total des charges**.

Ces transferts correspondent à la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour les parents ayant élevé trois enfants et plus<sup>1</sup>, pour le compte du FSV, et des cotisations AVPF (assurance vieillesse des parents au foyer), pour le compte de la CNAV.

- les **prestations extralégales** (qui prennent le relais des prestations légales pour maintenir le niveau social des familles les moins aisées) qui **forment 7 % du total** des dépenses.

Les prestations extralégales correspondent pour l'essentiel à la dotation au Fonds national d'action social (FNAS) qui finance le fonctionnement des centres d'accueil de jeunes enfants (crèches et centres de loisirs).

Le reste des dépenses est constitué de **charges de gestion courante et de charges exceptionnelles**.

---

<sup>1</sup> La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait prévu la prise en charge progressive de ces prestations par la branche famille à hauteur de 70 % en 2009, de 85 % en 2010 et de 100 % à compter de 2011.

**Charges nettes de la CNAF (2010-2012) – Régime général**

(en millions d'euros)

<b>Charges nettes</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Prestations légales nettes</b>	<b>34 471</b>	<b>34 999</b>	<b>36 027</b>
<i>Allocations en faveur de la famille</i>	<i>16 740</i>	<i>16 839</i>	<i>17 400</i>
<i>Allocations pour la petite enfance</i>	<i>12 431</i>	<i>12 774</i>	<i>13 047</i>
<i>Allocations en faveur du logement</i>	<i>4 151</i>	<i>4 217</i>	<i>4 262</i>
<i>Allocations en faveur des handicapés</i>	<i>680</i>	<i>716</i>	<i>755</i>
<i>Frais de tutelle</i>	<i>330</i>	<i>341</i>	<i>349</i>
<i>Autres allocations et prestations</i>	<i>92</i>	<i>104</i>	<i>113</i>
<i>Provisions et pertes nettes des reprises</i>	<i>46</i>	<i>10</i>	<i>101</i>
<b>Prestations extralégales</b>	<b>3 547</b>	<b>3 783</b>	<b>4 058</b>
<b>Transferts entre organismes</b>	<b>8 124</b>	<b>9 123</b>	<b>9 152</b>
<i>Cotisations dues par la CNAF au titre de l'APVF</i>	<i>4 261</i>	<i>4 432</i>	<i>4 380</i>
<i>Prises en charge de prestations nettes :</i>	<i>3 862</i>	<i>4 690</i>	<i>4 771</i>
<i>- Majoration pour enfants</i>	<i>3 600</i>	<i>4 381</i>	<i>4 502</i>
<i>- Congé paternité net</i>	<i>263</i>	<i>309</i>	<i>269</i>
<i>Autres transferts divers</i>	<i>0,8</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Participation au financement des fonds et organismes (FNAL, ...)	4 035	4 155	4 283
<b>Charges de gestion courante</b>	<b>2 601</b>	<b>2 619</b>	<b>2 656</b>
<b>Charges exceptionnelles</b>	<b>88</b>	<b>114</b>	<b>186</b>
<b>Total</b>	<b>52 884</b>	<b>54 839</b>	<b>56 404</b>

Source : Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale (septembre 2012)

**2. La crise économique explique en partie la dégradation de la situation financière de la branche**

Comme indiqué précédemment, la situation financière de la branche « famille » ne cesse de se détériorer depuis 2007 et présente un déficit constant depuis 2008.

La détérioration des comptes de la branche est imputable en premier lieu aux effets de la crise économique.

Les **recettes** de la branche reposent en effet pour l'essentiel sur les revenus d'activité et la masse salariale qui ont fortement baissé **entre 2008 et 2010**, années où les répercussions de la crise ont été les plus importantes.

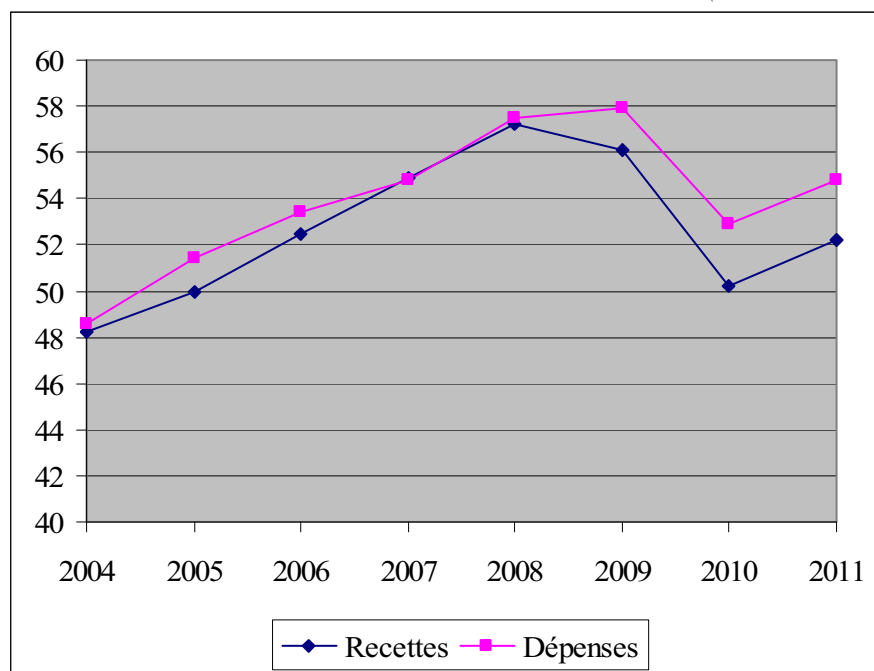
Celles-ci ont ainsi chuté de 57,2 milliards d'euros en 2008 à 50,2 milliards d'euros en 2010 (pour le régime général).

Selon les chiffres transmis par la Direction de la sécurité sociale (DSS) à la rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche « famille » en 2012, notre collègue Isabelle Pasquet, **la perte de recettes résultant de la crise économique se chiffrerait à 2,7 milliards d'euros** pour la CNAF entre 2008 et 2011.

Dans la même période, les **dépenses** de la branche ont **évolué de façon contrastée** (évolution du nombre de naissances, taille des familles, inflation), ce qui a creusé les déficits : les dépenses ont continué d'augmenter de 57,5 milliards d'euros à 57,9 milliards d'euros entre 2008 et 2009, puis ont diminué pour atteindre 52,9 milliards d'euros en 2010.<sup>1</sup>

#### Évolution des dépenses et recettes du régime général de la branche « famille »

(en milliards d'euros)



Source : Annexes B des projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006, pour 2007, pour 2008, pour 2009, pour 2010, pour 2011 et pour 2012

<sup>1</sup> La baisse des dépenses intervenue entre 2009 et 2010 tient compte d'un changement de périmètre des comptes de la branche. Depuis 2010, l'AAH et l'API n'apparaissent plus au compte de résultat de la CNAF.

### 3. La fragilisation de la branche « Famille » : l'impact des mesures votées

Si la crise économique peut expliquer une partie du déficit de la branche, celui-ci résulte également de choix politiques qui ont conduit au vote de plusieurs mesures fragilisant l'équilibre financier général de la branche.

#### *a) La prise en charge de dépenses assumées auparavant par d'autres branches de la sécurité sociale*

La branche « famille » assure depuis 2011 le **financement intégral des majorations de pension de 10 % servie aux assurés ayant eu ou élevé au moins trois enfants**, par le régime général, les régimes de retraite des artisans et commerçants, et le régime des agriculteurs (MSA).

Ces dépenses ont été progressivement transférées du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la CNAF entre 2001 et 2011 (15 % en 2001, 30 % en 2002, 60 % en 2003, 70 % en 2009, 85 % en 2010 et 100 % à partir de 2011). Le coût de ce transfert s'élèverait à **4,4 milliards d'euros en 2012**.

#### Principaux transferts de la CNAF vers d'autres régimes de base

	2010	2011	2012
Prises en charge des cotisations AVPF	4 261	4 432	4 380
Transfert de la CNAF vers le FSV	3 600	4 381	4 502
Prise en charge du congé paternité par la CNAF	263	309	269
<b>Total</b>	<b>8 124</b>	<b>9 122</b>	<b>9151</b>

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2012)

**La CNAF a également pris en charge le versement de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) pour un montant de 4,4 milliards d'euros en 2011, auparavant à la charge de la branche vieillesse.**

Le Gouvernement précédent a donc – à travers ces mesures – fait le choix de faire supporter par la branche « famille » des dépenses à la charge d'autres branches, plutôt que de décider de nouvelles recettes pour les financer.

#### *b) Les dépenses supplémentaires issues de la gestion de prestations servies pour le compte de tiers.*

Les caisses d'allocations familiales (CAF) assurent en outre le **versement d'allocations pour le compte de l'Etat**. Il en est ainsi pour :

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;

- le revenu de solidarité active (RSA) pour sa partie activité et pour certaines allocations logement (APL, ALF)<sup>1</sup>.

Les **départements** ont également confié aux CAF le versement du RSA « socle ».

Ces prestations représentent aujourd'hui 45 % du volume total des prestations servies par les CAF (soit 28 milliards d'euros sur 62 milliards)<sup>2</sup>.

En contrepartie de cet effort, la branche « famille » se voit verser des frais de gestion par l'Etat, **qui ne compensent cependant que partiellement le surcroît d'activité généré. La mise en place du RSA a ainsi entraîné des dépenses supplémentaires pour la branche, à hauteur de 100 millions d'euros en 2009.**

La Cour des comptes a préconisé dans son rapport sur la sécurité sociale en 2011 la mise en place d'une **facturation systématique des frais de gestion fondée sur les coûts réels** générés, de sorte que la gestion par les CAF de prestations pour le compte de tiers soit neutre financièrement.

*c) Le remplacement de recettes pérennes par des ressources au rendement décroissant*

La fragilisation des recettes de la branche famille résulte quant à elle du **transfert de 0,28 point du taux de CSG** affecté à la CNAF vers la CADES, décidé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

L'objectif poursuivi était de faire en sorte que la CADES dispose de ressources pérennes pour financer la reprise en 2011 de la dette accumulée par la CNAV, la CNAM et la CNAF lors des deux exercices précédents et des déficits à venir de la CNAM et de la CNAF en 2011.

En contrepartie, la CNAF a reçu en 2011 le **produit de trois nouvelles taxes** :

- la taxe sur les conventions d'assurance maladie (TSCA) reposant sur les contrats « solidaires et responsables » à un taux de 3,5 % ;

- la taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance (« *exit tax* ») ;

- le prélèvement de la CSG au fil de l'eau sur les contrats multisupports d'assurance-vie (« préciput assurance-vie »).

Le bilan de cette opération est quasiment neutre pour la CNAF en 2011. En revanche, **il deviendrait défavorable à la CNAF à compter de 2012** :

---

<sup>1</sup> Les CAF traitent par ailleurs les impayés des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement (APL) depuis 2011.

<sup>2</sup> Source : Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2011).

- en 2012, la branche perdrait environ **100 millions d'euros** en raison du moindre dynamisme des trois taxes affectées par rapport au rendement de la fraction de CSG transférée ;

- en 2013, l'opération se traduirait par une **perte de 400 millions d'euros**.

Cette dégradation résulte de multiples facteurs.

D'une part, « l'*exit tax* » était une taxe exceptionnelle qui ne dégagait un rendement qu'en 2011 et 2012. D'autre part, les recettes issues de l'imposition des contrats d'assurance-vie ont un caractère décroissant (diminution de près de 180 millions d'euros par an).

A compter de 2013, afin de compenser la disparition de « l'*exit tax* », l'excédent prévisionnel de l'ancien panier de compensation des exonérations générales (panier « Fillon ») sera affecté à la branche « famille ». Celle-ci recevra ainsi le produit de la taxe sur les véhicules terrestres à moteurs, dont le rendement s'élèverait à **1,1 milliard d'euros** minoré d'un transfert d'une fraction de droits tabacs à la CNAM évalué à 400 millions d'euros, soit au total **700 millions d'euros**<sup>1</sup>.

Cependant, comme l'indique le tableau ci-dessous, le bilan global des mesures décidées en 2010 demeure défavorable pour la CNAF en 2013, à hauteur de 400 millions d'euros.

---

<sup>1</sup> La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu, parallèlement à la suppression du principe de compensation de l'allègement général de cotisations, l'affectation directe des différentes taxes composant le panier de recettes fiscales compensant jusqu'alors le dit allègement. Cette opération s'est accompagnée de la conservation par la sécurité sociale de l'excédent « structurel » dudit panier. La loi prévoyait en outre un régime transitoire (impliquant notamment des clés provisoires pour les droits tabacs) pour 2011 et 2012 avant la redistribution de certaines recettes fiscales à compter de 2013 :

- la part des droits tabacs affectée à la branche maladie du régime général augmente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, notamment en provenance de la branche famille ;
- la modification en 2013 permet de rediriger vers la CNAF l'intégralité du produit de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur.



**Bilan de l'opération de transfert d'une fraction de CSG  
en échange de l'affectation de recettes fiscales**

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013
Perte de CSG	- 3,4	- 3,4	- 3,4
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie	0,9	1,0	1,0
Prélèvement au fil de l'eau de la CSG sur les contrats multi-support d'assurance vie	1,6	1,4	1,3
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation	0,8	0,8	0,0
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile			1,1
Droits de consommation sur les tabacs			- 0,4
<b>Solde de l'opération</b>	<b>0,0</b>	<b>- 0,1</b>	<b>- 0,4</b>

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2012)

*d) Des mesures d'économie aux effets peu concluants*

Entre 2008 et 2011, les deux principales mesures d'économie proposées par le précédent Gouvernement ont consisté à **unifier les majorations pour âge des allocations familiales et à supprimer la rétroactivité de l'effet des aides au logement**. Ces mesures ont cependant eu un **effet limité**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a en effet prévu une **unification des majorations** pour âge des allocations familiales. La majoration pour les enfants âgés entre 11 et 13 ans a été supprimée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2008 et la majoration d'âge pour les enfants âgés entre 16 et 20 ans a été étendue aux enfants âgés de 14 à 16 ans à compter de juin 2011.

La suppression de la majoration pour les enfants de 11 à 13 ans se traduit par des économies, estimées à **514 millions d'euros** au total. En parallèle, la réforme engendre des coûts liés à la hausse du montant de la majoration servie aux enfants âgés de 14 à 16 ans, qui est estimée à **257 millions d'euros** en cumulé sur la période 2011-2013.

A l'issue de la montée en charge du dispositif en 2013, **les économies nettes cumulées de la mesure ne s'élèveraient donc qu'à 257 millions d'euros**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 **a, quant à elle, supprimé la rétroactivité** du versement des aides personnelles au logement. Depuis 2011, les bénéficiaires de l'allocation de logement familiale (ALF), de l'allocation de logement sociale (ALS) ou de l'aide personnalisée au logement (APL) ne peuvent plus bénéficier d'une rétroactivité de ces aides pour les trois mois précédant leur demande. La CNAF évalue l'**économie réalisée à**

**175 millions d'euros pour 2011** alors qu'elle était estimée à 240 millions d'euros par le Gouvernement<sup>1</sup>.

*e) La revalorisation des prestations familiales*

Des **mesures d'économies** ont en outre été votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : la **date de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF<sup>2</sup>)**, qui détermine chaque année les évolutions de montant des prestations familiales, a été décalée du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> avril, minorant d'un quart l'effet en moyenne annuelle de la revalorisation, pour une réduction des dépenses évaluée à **160 millions d'euros en 2012<sup>3</sup>**.

Exceptionnellement, pour l'année 2012, la revalorisation de la BMAF et des plafonds de ressources a en outre été limitée à 1 % en lieu et place du mécanisme habituel basé sur la prise en compte pluriannuelle de l'inflation qui aurait conduit à une progression de la BMAF de 2,3 % et des plafonds de 1,5 %. Au total, ces **mesures de « sous-indexation »** des critères de revalorisation des prestations légales représenteraient une économie de **412 millions d'euros<sup>4</sup> en 2012** :

- **270 millions d'euros** d'économies seraient liées à la sous-indexation de la **BMAF** ;

- **30 millions d'euros** à la sous-indexation des **plafonds de ressources des prestations familiales** ;

- la sous-indexation des **ALF** et des **APL** représenterait respectivement une économie estimée de **62 millions** et de **49 millions d'euros**.

**B. 2013 : UNE BRANCHE « ÉPARGNÉE » MALGRÉ UN DÉFICIT ÉLEVÉ**

**1. Présentation de l'objectif de dépenses pour 2013**

**Pour l'année 2013**, l'article 72 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe les objectifs de dépenses de la branche famille à **58,1 milliards d'euros** pour le régime général, et à **58,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

L'objectif de dépenses connaîtrait donc entre 2012 et 2013 une **progression de 2,9 %** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base

---

<sup>1</sup> Source : Rapport d'Isabelle Pasquet fait au nom de la commission des affaires sociales dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

<sup>2</sup> La BMAF est une somme fixée par voie réglementaire dont la variation repose sur l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac, établie dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances, et des écarts entre les prévisions d'évolution de ces prix et les réalisations (rattrapage sur les années N-1 et N-2).

<sup>3</sup> Source : réponse au questionnaire parlementaire.

<sup>4</sup> Source : réponse au questionnaire parlementaire.

comme pour le seul régime général. Cette croissance serait ainsi quasiment **stable** par rapport à l'année 2012.

**Charges nettes de la CNAF (2012-2013) – Régime général**

(en millions d'euros)

<b>Charges nettes</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>%</b>
<b>Prestations légales nettes</b>	<b>36 027</b>	<b>36 843</b>	<b>2,3</b>
<i>Allocations en faveur de la famille</i>	<i>17 400</i>	<i>17 786</i>	<i>2,2</i>
<i>Allocations pour la petite enfance</i>	<i>13 047</i>	<i>13 307</i>	<i>2,0</i>
<i>Allocations en faveur du logement</i>	<i>4 262</i>	<i>4 384</i>	<i>2,9</i>
<i>Allocations en faveur des handicapés</i>	<i>755</i>	<i>797</i>	<i>5,5</i>
<i>Frais de tutelle</i>	<i>349</i>	<i>353</i>	<i>1,3</i>
<i>Autres allocations et prestations</i>	<i>113</i>	<i>114</i>	<i>1,1</i>
<i>Provisions et pertes nettes des reprises</i>	<i>101</i>	<i>102</i>	<i>-</i>
<b>Prestations extralégales</b>	<b>4 058</b>	<b>4 362</b>	<b>7,5</b>
<b>Transferts entre organismes</b>	<b>9 152</b>	<b>9 500</b>	<b>3,8</b>
<i>Cotisations dues par la CNAF au titre de l'APVF</i>	<i>4 380</i>	<i>4 587</i>	<i>4,7</i>
<i>Prises en charge de prestations nettes :</i>	<i>4 771</i>	<i>4 912</i>	<i>1,7</i>
<i>- Majoration pour enfants</i>	<i>4 502</i>	<i>4 656</i>	<i>2,8</i>
<i>- Congé paternité net</i>	<i>269</i>	<i>256</i>	<i>-13,0</i>
<i>Autres transferts divers</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0,0</i>
Participation au financement des fonds et organismes (FNAL, ...)	4 283	4 506	5,2
<b>Charges de gestion courante</b>	<b>2 656</b>	<b>2 691</b>	<b>1,3</b>
<b>Charges exceptionnelles</b>	<b>186</b>	<b>118</b>	<b>- 36,6</b>
<b>Total</b>	<b>56 404</b>	<b>58 074</b>	<b>2,9</b>

Source : rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale (septembre 2012)

Le projet de loi contient **trois mesures nouvelles** en dépenses :

1) l'**article 7** propose qu'à titre expérimental, les CAF et caisses de mutualité sociale agricole **versent en tiers-payant**, directement à l'assistant maternel, **l'aide à la garde d'enfants** (le complément de libre choix du mode de garde – CMG) normalement versée aux parents employeurs. Le dispositif

proposé représenterait une économie prévisionnelle annuelle évaluée entre **6 et 12 millions d'euros** ;

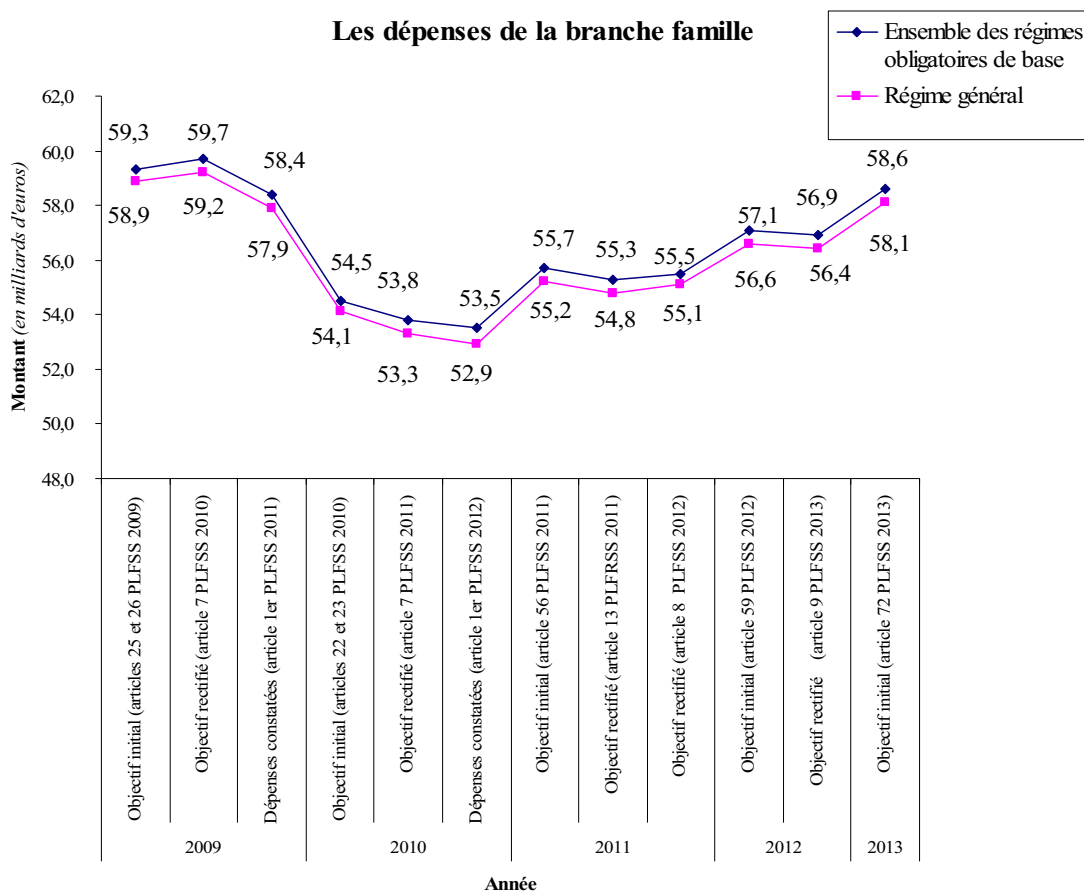
2) **l'article 71 bis** a été introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale **à l'initiative du Gouvernement** : il vise à rétablir des droits à l'allocation de logement familiale (ALF) et à l'allocation de logement sociale (ALS) pour les locataires surendettés à l'occasion de la recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement. Ce dispositif présente un coût évalué à **6,3 millions d'euros** ;

3) l'Assemblée nationale a adopté en première lecture un second amendement du Gouvernement portant article additionnel : **l'article 71 ter** étend à toute personne vivant maritalement avec la mère (conjoint, pacsé, concubin) le bénéfice du congé de paternité qui devient « **congé de paternité et d'accueil de l'enfant** ». Tout partenaire d'un parent pourra bénéficier d'un congé d'accueil pendant 11 jours consécutifs ou 18 jours dans l'éventualité de naissances multiples. Les dépenses induites par cette mesure sont estimées à **environ 2 millions d'euros** par le Gouvernement.

La raison principale de la hausse des dépenses de la branche en 2013 résulte de la progression des **allocations en faveur de la famille** qui augmenteraient de manière plus affirmée qu'en 2011.

Leur montant moyen progresse sous l'effet principalement de la **majoration de 25 % du montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS)**. La réforme, mise en place par le décret n° 2012-830 du 27 juin 2012, représenterait en effet un coût de **350 millions d'euros**, selon les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis. La hausse des allocations en faveur de la famille serait à l'origine d'**un point de croissance** de l'ensemble des dépenses.

Le graphique ci-après propose la synthèse des dépenses de la branche depuis 2009 :



Source : commission des finances du Sénat

## 2. Présentation des mesures de recettes dont bénéficie la branche

Du côté des recettes, la branche « famille » bénéficiera de **recettes supplémentaires** affectées à la branche à hauteur de **660 millions d'euros** au total :

1) l'élargissement de l'assiette de la taxe sur les salaires (**article 13**) dont l'impact financier est évalué à **470 millions d'euros** à partir de 2013 ;

2) la hausse des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants pour un montant évalué à **90 millions d'euros (article 11)** ;

3) **60 millions d'euros** de recettes nouvelles au titre du paiement des cotisations sur le salaire réel par les employeurs particuliers (**article 15**) ;

4) **30 millions d'euros** au titre de l'élargissement de la couverture sociale des élus locaux (**article 17**) ;

5) **10 millions d'euros** liés à la hausse des droits tabac (**article 22**).

### Produits nets de la CNAF (2012-2013) – Régime général

(en milliards d'euros)

Produits nets	2012	2013
Cotisations sociales nettes	34,7	35,7
Cotisations prises en charge par l'État	0,6	0,6
CSG nette	9,7	9,9
Autres contributions sociales	1,9	1,7
Autres impôts et taxes	6,3	6,7 <sup>(*)</sup>
Transferts	0,3	0,3
Autres produits	0,5	0,5
<b>Total</b>	<b>53,9</b>	<b>55,5</b>

(\*) Ce montant tient compte des **mesures nouvelles sur les recettes** du présent projet de loi de financement qui représentent **0,66 milliard d'euros au total**.

Source : Annexe 4 au présent projet de loi de finances pour les prévisions 2013  
(Recettes des régimes par catégorie et par branche)

La structure des recettes de la branche « famille » ne permet cependant pas un retour à l'équilibre de la branche dont le déficit demeure structurel.

### 3. Quelles mesures pour un retour à l'équilibre ?

Selon les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi, la situation des comptes de la branche « famille » resterait cependant **financièrement fragile** car les déficits resteraient élevés à l'horizon 2017 (1,2 milliard d'euros de déficit pour le régime général, 1,3 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires).

Selon le Gouvernement, le Haut Conseil pour la Famille devrait être mobilisé en 2013 pour analyser l'adéquation des prestations familiales aux besoins réels.

La **Cour des comptes** préconise dans son rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de **revoir l'économie d'ensemble des prestations familiales sous condition de ressources ou modulées en fonction des ressources**. Certaines aides devront être réorientées vers **les familles les plus vulnérables** par la mise en place de plafonds de ressources (dans le cas du complément du mode de garde (CMG) de la Prestation d'accueil du Jeune enfant (PAJE) ou l'abaissement des plafonds existants (l'allocation de base de la PAJE).

***C. L'ABSENCE DE CERTIFICATION DE LA BRANCHE FAMILLE : UN PROBLÈME DE PILOTAGE QUI FAIT PESER DES DOUTES SUR LA SINCÉRITÉ DES COMPTES***

**1. Le refus de la certification par la Cour des comptes des comptes de la branche pour l'exercice 2011**

En 2009 et en 2010, la certification de la Cour s'était déjà accompagnée de nombreuses réserves.

Le refus de certification pour l'exercice 2011 a été principalement motivé par les insuffisances constatées dans le **dispositif de contrôle interne**, qui se sont manifestées par une **nette détérioration de la qualité de la liquidation** des prestations sociales par rapport à 2010.

La Cour des comptes a également émis des observations sur les **lacunes importantes des systèmes d'information** de la branche « famille ».

Elle a par ailleurs reconduit certaines observations exprimées pour les exercices précédents, qui ont concouru au refus de certification. Parmi ces motifs figurent :

- **l'absence de comptabilisation de provisions pour risques et charges** au titre de la part des subventions d'investissement en action sociale attribuées et restant à verser à la clôture de l'exercice 2010, comme aux dotations aux provisions de l'exercice 2011, **pour un montant de 540 millions d'euros** au total ;

- des estimations comptables qui s'appuient sur des **états extra-comptables peu fiables** et une analyse insuffisamment détaillée de la réalité des créances ;

- et **l'absence de contrôle sur les cotisations d'allocations familiales** dues par les entreprises habilitées à gérer des prestations pour le compte de la branche famille.

**2. Les faiblesses du contrôle interne de la branche « famille » nuisent à la fiabilité et à la sincérité de ses comptes**

Le principal motif de refus de certification repose sur **les faiblesses récurrentes et aggravées** du dispositif de contrôle interne mis en place par la branche. Cette évolution défavorable traduit l'incapacité de la branche à maîtriser effectivement les risques d'erreur affectant l'attribution des prestations légales et extra-légales. La situation est d'autant plus dommageable que la branche est confrontée à un **risque inhérent élevé d'erreur dans la liquidation des prestations**, car celles-ci sont en partie versées sur la base de **déclarations des allocataires délicates à vérifier**.

Les mécanismes de contrôle souffrent tout d'abord de **faiblesses de conception**. Le référentiel de sécurisations obligatoires et les pratiques

informatiques sont incomplets et en partie inefficaces. Les cibles de contrôle mises en place par les CAF manquent de cohérence et leur analyse, établie sous un angle purement quantitatif, nuit à leur qualité.

La Cour relève par ailleurs l'absence d'un outil de suivi infra-annuel des politiques de contrôle. Cette absence de suivi ne permet pas de rectifier de manière réactive des erreurs parfois importantes.

En outre, les insuffisances relevées dans l'audit de la Cour sont à l'origine de la persistance de risques peu ou mal couverts : **fraudes** diverses (fraudes à la résidence et en matière d'allocations logement), contrôle déficient des conditions de ressources, des conditions d'activité des allocataires.

Pour l'exercice 2011, les magistrats ont particulièrement constaté l'augmentation du montant des erreurs de portée financière qui affectent les prestations légales. **L'impact financier de ces erreurs** est évalué à 1,6 milliard d'euros, soit plus de la moitié du déficit de la branche. Lors de l'exercice 2010, de telles erreurs avaient déjà pénalisé la branche à hauteur de **1,2 milliard d'euros**. Les tests d'erreur révèlent que la prestation la plus concernée par ces incidents est le RSA « activité » (le taux d'incidence financière s'élève en effet à plus de 18 %) ainsi que les allocations logement.

### **3. De fortes incertitudes sur la fiabilité des systèmes d'information**

La Cour des comptes relève enfin de fortes incertitudes qui pèsent sur la fiabilité des systèmes d'information gérés sans cohérence globale au sein des CAF.

Elle note ainsi des lacunes en matière de systèmes d'information dans la **gestion des incidents**, et notamment l'absence de mesure de leur incidence financière.

Un prochain **schéma directeur des systèmes d'information de la CNAF** sera négocié entre la Caisse et l'Etat au dernier trimestre 2012 afin de mettre en œuvre les chantiers informatiques pour la période à venir 2013-2016.

Dans cette perspective, il **semble important à votre rapporteur pour avis de rappeler le rôle majeur** que jouent les systèmes d'information en matière de **maîtrise des risques pour l'ensemble de la branche**.

Il conviendrait, ainsi que le recommande la Cour des comptes dans son rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale :

**- de rationaliser les structures informatiques** en adoptant des processus standardisés et en concentrant les applications autour de quelques pôles identifiés ;



- **et de concentrer** la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) entre la CNAF et l'Etat sur un **nombre limité d'objectifs** afin de garantir une gestion fiable des prestations familiales.

## VI. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comprend plusieurs articles tendant à **renforcer la lutte contre la fraude sociale**.

### *A. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE : UNE MESURE D'ÉCONOMIES PARMIS D'AUTRES*

Dans le cadre du présent projet de loi, **la lutte contre la fraude fait partie intégrante des mesures d'économies** qui participent au retour à l'équilibre des finances de la sécurité sociale. Comme l'a souligné Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 1<sup>er</sup> octobre 2012, ces économies reposent sur un renforcement des mécanismes de lutte contre la fraude sociale, « *fraude aux prestations comme aux cotisations* ».

Ainsi, à titre d'exemple, la lutte contre la fraude dans le cadre des soins de ville devrait permettre près de **50 millions d'euros** d'économies. Il faut souligner que ce montant représente près de **3 % de l'ensemble des mesures d'économies prévues au titre de ce sous-objectif de l'ONDAM**, ce qui est loin d'être négligeable.

### *B. UNE ESTIMATION DE LA FRAUDE SOCIALE*

#### **1. La fraude « constatée »**

L'évaluation de la fraude sociale demeure, par définition, un exercice difficile. Toutefois, **au cours des dernières années, de réels efforts ont été engagés afin d'affiner la connaissance du phénomène**. C'est précisément dans ce cadre qu'a été créée la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) en 2008<sup>1</sup>. Aussi cette dernière fournit-elle, chaque année, les données relatives aux fraudes détectées notamment par les organismes de sécurité sociale<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Par le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude.

<sup>2</sup> Cf. *Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF)*, Lutte contre la fraude – Bilan 2011, mai 2012.

### Fraudes sociales détectées

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Maladie</b>	118	143	160	152	156,3	120
<b>Famille</b>	35	58	79,7	85	90,1	101,5
<b>Retraite</b>	1,1	1	2,6	3,3	10,1	14,4
<b>Travail illégal</b>	74	118	108	130	185,5	219,6
<b>MSA</b>	-	9,1	5,4	8	9,3	16,6
<b>RSI</b>	-	-	3,8	6	6,3	7,4
<b>TOTAL</b>	<b>222,8</b>	<b>329,1</b>	<b>359,5</b>	<b>384,3</b>	<b>457,6</b>	<b>479,5</b>
<b>Evolution</b>		<b>+44 %</b>	<b>+9 %</b>	<b>+7 %</b>	<b>+19 %</b>	<b>+5 %</b>

Source : Délégation nationale à la lutte contre la fraude (2012)

Les fraudes détectées par les organismes de sécurité sociale ont donc représenté un montant de **479,5 millions d'euros en 2011**. Si cette somme fournit une **première idée de ce que peut représenter la fraude sociale totale**, elle permet également de mettre en évidence un **net renforcement de la lutte contre la fraude** : les montants détectés ont augmenté de 115 % environ entre 2006 et 2011.

A cet égard, il est possible de citer l'exemple de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). **Le renforcement de la fonction de contrôle constitue l'une des priorités de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et l'ACOSS**. Pour cette raison, l'Agence s'est attachée à améliorer la qualité du ciblage de ses contrôles. Selon le bilan du contrôle des cotisations<sup>1</sup>, les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) ont réalisé, en 2011, 165 993 actions de contrôle qui ont permis des régularisations pour un montant de **1 370 millions d'euros**<sup>2</sup>, comprenant tant les erreurs déclaratives que les fraudes.

<sup>1</sup> ACOSS, Rapport d'activité thématique - Le contrôle des cotisants 2011, avril 2012.

<sup>2</sup> Ce montant est de 1 469 millions d'euros si les redressements réalisés par l'ACOSS au profit de l'Unédic sont pris en compte.

### Répartition des redressements réalisés par les URSSAF

	Contrôle comptable d'assiette	Travail dissimulé	Contrôle partiel d'assiette sur pièces	Autres actions de contrôle	Total actions de contrôle
<b>Nombre de personnes contrôlées</b>	92 181	9 074	61 435	3 303	165 993
<b>Nombre de personnes contrôlées et redressées</b>	59 005	7 127	14 358	1 194	81 684
<i>Fréquence de redressement</i>	64,0 %	78,5 %	23,4 %	36,1 %	49,2 %
<b>Montant des redressements*</b>	1 092 704 357	209 190 443	15 333 763	52 943 596	1 370 172 159
<b>Redressement par personne redressée*</b>	18 519	29 352	714	25 188	14 475
<b>Redressement par personne contrôlée*</b>	11 854	23 054	167	9 105	7 123

\* en euros

Source : ACOSS (2012)

Les contrôles réalisés par les URSSAF mettent en évidence l'importance du **travail dissimulé**. Cette catégorie de fraude a entraîné en 2011, toutes actions confondues<sup>1</sup>, des redressements pour un montant de **219,6 millions d'euros**, soit une hausse de plus de 18 % par rapport à l'année 2010.

Dans son rapport sur le travail dissimulé pour 2011<sup>2</sup>, l'ACOSS révèle **un taux de fraude de 7,3 % dans les établissements contrôlés**, taux comparable à celui constaté en 2010. Ce taux atteint 14,2 % dans les hôtels, cafés et restaurants, et 13,1 % dans le commerce de détail alimentaire. L'importance du travail dissimulé laisse penser que **les sanctions prévues en ce domaine restent insuffisantes**. A titre indicatif, le montant moyen des amendes pour exercice d'un travail dissimulé, recours à du travail dissimulé ou absence de déclaration préalable à l'organisme social s'établit respectivement à 1 026 euros, 1 064 euros et 484 euros (alors que le montant maximal de l'amende est de 45 000 euros).

<sup>1</sup> Le montant de la fraude redressée concerne également les situations de travail dissimulé identifiées à l'occasion des contrôles comptables d'assiette.

<sup>2</sup> ACOSS, Rapport d'activité thématique – Lutte contre le travail illégal 2011, avril 2012.

### Taux de fraude à l'issue des contrôles aléatoires

		Etablissements			Salariés		
		Nombre	Taux	Taux redressé	Nombre	Taux	Taux redressé
<b>2011</b>	<b>Contrôles</b>	4 159			13 124		
	<b>Fraude avérée</b>	294	7,1 %	7,0 %	180	1,3 %	1,7 %
	<b>Fraude suspectée</b>	16	0,4 %	0,3 %	73	0,6 %	0,6 %
	<b>Fraude totale</b>	<b>310</b>	<b>7,5 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>253</b>	<b>1,9 %</b>	<b>2,3 %</b>
<b>2010</b>	<b>Contrôles</b>	7 307			8 443		
	<b>Fraude avérée</b>	263	6,1 %	6,7 %	155	1,8 %	2,0 %
	<b>Fraude suspectée</b>	10	0,2 %	0,2 %	50	0,6 %	0,6 %
	<b>Fraude totale</b>	<b>273</b>	<b>6,3 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>205</b>	<b>2,4 %</b>	<b>2,6 %</b>

Source : ACOSS (2012)

En tout état de cause, la fraude « constatée » ne représente qu'une faible part de la fraude évaluée, ce qui laisse penser que les marges de progrès en matière de lutte contre les pratiques frauduleuses sont encore importantes.

## 2. L'évaluation des fraudes aux prestations sociales

A la demande de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur les fraudes aux prestations du régime général de sécurité sociale<sup>1</sup> dans laquelle le montant de la fraude est estimé entre 2 et 3 milliards d'euros<sup>2</sup> sur la base des données de l'exercice 2008.

Malgré les limites de cette estimation, imputables au manque de données disponibles, celle-ci permet de mettre en évidence un écart conséquent entre la fraude « constatée » pour les prestations du régime général, qui atteint 235,9 millions d'euros en 2011, et la fraude estimée. Ce seraient à peine plus de 10 % de la fraude réelle qui seraient détectés chaque année. Néanmoins, cet écart est encore plus grand en ce qui concerne la fraude aux cotisations.

<sup>1</sup> Cour des comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations dans branches prestataires du régime général, avril 2010.

<sup>2</sup> Cette évaluation de la Cour des comptes repose sur une extrapolation des montants de la fraude détectée. A cette fin, celle-ci retient un taux de fraude potentielle compris entre 0,93 % et 1,39 % du montant des prestations pour la branche famille, de 1 % environ pour la branche maladie et inférieur à 1 % pour la branche retraite. Toutefois, la Cour a précisé ne pas disposer d'échantillons probabilistes pour les branches maladie et famille, limitant la précision des estimations de fraude réalisées.

### 3. Une estimation des fraudes aux cotisations

Dans un récent rapport sur la fraude sociale<sup>1</sup>, la Mécès de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a fait état des estimations réalisées par l'ACOSS en matière de fraude aux cotisations. L'Agence a ainsi estimé ces fraudes entre **13,5 et 15,8 millions d'euros**. Ainsi, les redressements représentent au plus 10 % des montants fraudés. Pourtant, les redressements comprennent aussi bien les fraudes que les erreurs déclaratives. **Cela signifie que la fraude redressée, qui ne peut être isolée à partir des documents dont dispose votre rapporteur pour avis, ne représente qu'une part mineure de la fraude réelle.**

Cette situation est sans doute due aux **insuffisances actuelles du système de lutte contre la fraude aux cotisations**. Aussi, l'évaluation préalable annexée à l'article 75 du présent projet de loi estime que « *l'arsenal juridique en matière de lutte contre la fraude aux cotisations est aujourd'hui paradoxalement moins étoffé que celui propre à la lutte contre les fraudes aux prestations* » et indique que « *le dispositif de sanctions et de majorations ne couvre pas aujourd'hui l'ensemble du périmètre de la fraude aux cotisations* ».

C'est la raison pour laquelle le projet de loi de financement de la sécurité sociale transmis au Sénat comporte deux articles visant spécifiquement à renforcer la lutte contre la fraude aux cotisations.

#### **C. LES MESURES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE PROPOSÉES**

##### **1. Une sanction accrue du travail dissimulé (articles 75 et 76)**

L'article 75 prévoit diverses dispositions contre le **travail dissimulé** :

- un **élargissement des modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé**. Aujourd'hui, les organismes chargés du recouvrement ne peuvent exploiter que de manière limitée les procès-verbaux de travail dissimulé transmis par les inspecteurs et contrôleurs du travail, les officiers de police judiciaire et les agents des impôts et des douanes. En effet, **à défaut d'autres éléments probants, ces organismes ne peuvent opérer les redressements que sur une base forfaitaire**. C'est pourquoi, le présent article propose de **leur permettre de déterminer le montant des redressements sur le fondement des procès-verbaux qui leur sont transmis** ;

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 3603 (XIII<sup>e</sup> législature) sur la lutte contre la fraude sociale, fait par Dominique Tian au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juin 2011.

- une **majoration du redressement de cotisations du par l'employeur en cas de réitération d'une pratique non conforme à la législation**. Ainsi, il est proposé d'élargir la notion de fraude aux cotisations en y intégrant les cas où l'employeur qui fait l'objet d'un contrôle n'a pas mis fin à une situation non conforme à la législation qui avait déjà été observée lors d'un précédent contrôle. Il est prévu de majorer de 10 % le montant du redressement dans un tel cas ;

- une **majoration des redressements dus par l'employeur en cas de constat d'un travail dissimulé**. Cette majoration, de 25 %, viendrait utilement compléter un dispositif répressif qui repose principalement, à ce jour, sur un engagement de la responsabilité pénale de l'employeur concerné.

Selon l'évaluation préalable annexée au présent article, ces différentes mesures permettraient de dégager un **surcroît de recettes d'environ 5 millions d'euros à compter de 2014, montant qui augmenterait progressivement pour atteindre 15 millions d'euros en 2016**. Quoi qu'il en soit, la vocation première de ce dispositif est de dissuader le travail dissimulé lui-même générateur de moindres recettes.

L'**article 76** propose de **modifier les conditions requises pour l'annulation des exonérations de cotisations sociales des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé**. Il s'agit de responsabiliser les donneurs d'ordre. C'est pourquoi, en cas de travail dissimulé, il est proposé l'annulation des exonérations dont ils ont bénéficié lorsqu'ils n'ont pas respecté les obligations de vigilance imposées par le code du travail. Toutefois, le montant de cette sanction administrative est limité est 15 000 euros pour une personne physique et à 75 000 euros pour une personne morale.

## **2. Les échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude (articles 75 bis et 75 ter)**

Les **articles 75 bis et 75 ter**, adoptés par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, proposent de renforcer le système d'échanges d'informations entre les administrations et les organismes de sécurité sociale en matière de lutte contre la fraude. L'**article 75 bis**, tout d'abord, prévoit d'intégrer au **dispositif interministériel d'échanges d'informations pour la lutte contre la fraude à la sécurité sociale** l'ensemble des organismes des branches maladie et accidents du travail des régimes agricoles ainsi que les agents du régime social des indépendants (RSI).

Ensuite, l'**article 75 ter** propose la suppression de l'autorisation ministérielle préalable à la levée du secret professionnel à laquelle les agents des douanes sont astreints dans leurs échanges avec les organismes de sécurité sociale concernant la lutte contre le travail dissimulé.





## EXAMEN EN COMMISSION

**Réunie le mardi 6 novembre 2012 sous la présidence de M. Philippe Marini, président, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis, sur le projet de loi n° 103 (2012-2013), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2013.**

**M. Philippe Marini, président.** – Ce rapport pour avis est d'une grande importance, compte tenu du poids financier et des enjeux attachés aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Quel est l'état des lieux ? Le déficit cumulé des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui avait atteint le niveau historique de 29,6 milliards d'euros en 2010, a été ramené à 22,6 milliards d'euros en 2011. Le solde prévisionnel pour 2012 établi par la Commission des comptes de la sécurité sociale tient compte des effets de la loi de finances rectificative (LFR) adoptée en juillet dernier ; le solde tendanciel pour 2013 simule ses effets en année pleine. Dans les deux cas, ils traduisent une situation encore très dégradée, puisque le déficit avoisinera les 20 milliards d'euros – 19,3 milliards d'euros en 2012 et 22,3 milliards d'euros en 2013.

Les régimes autres que le régime général, qui relèvent également du champ des LFSS, sont dans une situation tout aussi détériorée. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), d'une part, voit son déficit, apparu en 2010, augmenter de 767 millions d'euros en 2012 à 1,25 milliard d'euros en 2013 ; d'autre part, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), également apparu en 2010, doublera presque pour atteindre 220 millions d'euros l'année prochaine. Hors champ des LFSS, le déficit des régimes complémentaires obligatoires de retraite (AGIRC et ARRCO), avant prélèvement sur leurs réserves, augmentera pour se situer dans une fourchette comprise entre 3,5 et 4 milliards d'euros. Quant au déficit de l'Unédic, il devrait se dégrader fortement pour atteindre 3 milliards d'euros en 2012.

Le déficit cumulé depuis dix ans du régime général et du FSV s'élève à 160 milliards d'euros : 70 milliards entre 2002 et 2008, puis 90 milliards sur la période 2009-2012. Le décrochage semble dû à la crise : en réalité, même avant celle-ci, la situation financière des régimes de sécurité sociale était préoccupante puisque leur déficit moyen avoisinait les 10 milliards d'euros par an.

Les mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative d'août dernier représentent 1,6 milliard d'euros. Destinées à corriger le dérapage de 2 milliards d'euros signalé par la Commission des comptes de la sécurité sociale par rapport au solde prévisionnel de la LFSS pour 2012, elles comprenaient notamment une hausse du forfait social et le relèvement de

2 points du prélèvement social sur les revenus du patrimoine. S'y ajoutaient 200 millions d'euros de hausse des cotisations patronales et salariales par voie réglementaire, destinés à financer l'élargissement du dispositif « carrière longue ». En année pleine, les dispositions législatives devraient rapporter un peu plus de 4 milliards d'euros en 2013, et la hausse des cotisations légèrement moins d'un milliard. Grâce à ces mesures nouvelles, l'objectif de solde fixé par la loi de financement pour 2012 sera respecté.

Le PLFSS pour 2013 prévoit 3,4 milliards d'euros d'efforts en recettes et 2,2 milliards d'euros en dépenses. Le solde prévisionnel du régime général et du FSV serait ainsi ramené de 19,7 milliards d'euros, son tendanciel, à 14 milliards d'euros. Un effort considérable est en particulier fourni par les travailleurs indépendants. Le déplafonnement de leurs cotisations maladie s'accompagnant d'une « ristourne » pour les revenus les plus faibles, 850 000 indépendants paieront davantage et 450 000 paieront moins qu'actuellement, pour un rendement de près d'un milliard d'euros. En outre, l'assiette de la taxe sur les salaires est élargie et une nouvelle tranche créée pour toucher davantage le secteur financier ; une contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite est introduite, que l'Assemblée nationale a amendée pour n'y assujettir que les retraités imposés au taux maximum de CSG de 6,6 % ; la fiscalité comportementale sur le tabac et l'alcool est renforcée.

**M. Roger Karoutchi.** – La bière...

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Cinq centimes sur le demi... De plus, l'Assemblée nationale a exonéré les petits brasseurs, dont la production n'excède pas 200 000 hectolitres par an. En outre, s'agissant de la CNRACL et de la CNAVPL, il est prévu d'augmenter le taux des cotisations patronales par voie réglementaire.

Les efforts en dépenses portent essentiellement sur la branche maladie. 2,4 milliards d'euros d'économies sont réalisées sur l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 2 milliards sur le seul régime général. L'évolution de l'ONDAM, tendanciellement de 4,1 %, est ramenée à 2,7 % grâce à une série de mesures portant sur les soins de ville ainsi que sur le secteur hospitalier. Dans la première catégorie, les mesures d'efficience (baisse des tarifs de certaines spécialités médicales, mesures relatives au transport des patients), les mesures sur les produits de santé et le renforcement de la lutte contre la fraude rapporteront ensemble 1,7 milliard d'euros ; dans le secteur hospitalier, 657 millions d'euros seront dégagés grâce au renforcement de l'efficience interne des établissements (rationalisation de leur politique d'achat et des pharmacies hospitalières), aux mesures relatives aux produits de santé et à l'amélioration de la prise en charge.

Qu'en sera-t-il après 2013 ? La trajectoire de redressement que le Gouvernement s'est imposée, suppose remplies certaines hypothèses, identiques à celles qui ont servi à l'élaboration du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 : sur la

base d'une croissance du PIB de 0,8 % en 2013 puis de 2 % les années suivantes, et d'une croissance de la masse salariale de 2,3 % en 2013 puis de 4 %, les dépenses des régimes obligatoires de base devraient passer de 454 milliards d'euros en 2012 à 530 milliards d'euros environ en 2017, et leur solde être alors ramené à quelque 9 milliards d'euros contre 15,2 milliards en 2012.

Nous avons reconstitué l'évolution tendancielle du solde des régimes obligatoires de base. Si l'on prend pour hypothèse une croissance des dépenses en volume de 1,8 % et une élasticité des recettes à la croissance du PIB de 0,9 % en valeur, le déficit évoluerait spontanément vers 30 milliards d'euros à l'horizon 2017. Deux éléments rendent crédible la trajectoire retenue par le Gouvernement : d'une part, le respect de l'ONDAM de 2,6 % l'année prochaine puis de 2,5 % ensuite permettrait une dizaine de milliards d'euros d'économies à l'échéance 2017 ; d'autre part, l'évolution tendancielle des mesures en recettes adoptées dans le cadre de la LFR de juillet 2012 et de celles prévues dans la présente loi de financement laisse entrevoir un rendement de près de 9 milliards d'euros en 2017. Additionnées, ces mesures en recettes et en dépenses correspondent bien à la différence entre l'objectif de solde retenu dans la programmation pluriannuelle et le solde tendanciel des régimes obligatoires de base à l'horizon 2017, soit près de 19 milliards d'euros.

Que se passerait-il si les hypothèses de croissance n'étaient pas réalisées ? Nous avons simulé un scénario gris de persistance de la crise économique dans lequel la croissance n'est que de 1,5 % par an à partir de 2014, et un scénario plutôt rose de rattrapage rapide caractérisé par une croissance de 2,5 % par an. L'écart entre les soldes obtenus s'élève à 9 milliards d'euros : c'est le montant de l'effort supplémentaire nécessaire pour atteindre les objectifs fixés pour 2017 si le scénario pessimiste se réalise, ou, dans l'autre cas, le signe que l'effort à consentir pour atteindre ces objectifs sera allégé d'autant. Par ailleurs, en cas de croissance favorable, les mesures de recettes prévues pour 2013 permettront un retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en 2017.

Comment financer les nouvelles reprises de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ? Le schéma de reprise de dette décidée en 2010 prévoyait, d'une part, la reprise des déficits 2009 et 2010 du régime général et du FSV et 2011 des branches « Maladie » et « Famille » dans la limite de 68 milliards d'euros et, d'autre part, la reprise des déficits à venir (2011 à 2018) de la branche « Vieillesse » dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et de 10 milliards d'euros par an. En revanche, la question du déficit des autres branches « Maladie » et « Famille » 2012 à 2017 n'est pas tranchée. Je rappelle que tout transfert de dette nouvelle à la CADES doit s'accompagner de ressources complémentaires.

Ensuite, quel mode de financement choisir pour notre système de protection sociale ? La réflexion sur ce sujet a été amorcée par le Haut conseil

du financement de la protection sociale. J'ignore ce que le rapport de Louis Gallois proposera à cet égard.

Enfin, quelles réformes apporter à chacun des risques de la sécurité sociale ? Un certain nombre d'organismes doivent se réunir prochainement et formuler des propositions.

**M. Joël Bourdin.** – Quand aurons-nous le détail des mesures concernant les régimes autres que le régime général, notamment le régime agricole ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – L'ensemble des régimes obligatoires de base, dont le régime agricole, relève du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

**M. Philippe Marini, président.** – Je ne résisterai pas à la tentation de vous demander si les annonces de ce matin modifient substantiellement les chiffres que vous avez présentés.

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Je n'en ai pas eu connaissance.

**M. Philippe Marini, président.** – Nous en sommes tous au même point, mis à part les journalistes d'un excellent quotidien du soir...

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – J'ai cru comprendre que ces annonces concernaient davantage la fiscalité des entreprises.

**M. Philippe Marini, président.** – Nous entendrons demain M. Gallois. Nous pourrions alors nous faire une idée à ce sujet.

**M. François Trucy.** – Mes compliments au rapporteur pour avis de la qualité de sa présentation, même si beaucoup des prévisions qu'il analyse sont trop optimistes. L'ONDAM est porté à 2,7 % : avez-vous des exemples des mesures d'économies ainsi réalisées ? Tant pour les soins de ville que dans le secteur hospitalier, public et privé confondus, en quoi consistent les mesures d'efficience annoncées ?

**M. Serge Dassault.** – Prévoir une croissance de 2,5 % par an pendant cinq ans, c'est croire au Père Noël. La situation ne va pas s'arranger.

La CADES est un fourre-tout. Les déficits accumulés sont de plus en plus colossaux, et il est illusoire de croire qu'on les remboursera. Les 35 heures ne permettent pas seulement de travailler moins, elles coûtent aussi à l'État 21 milliards d'euros. Quel est votre avis sur la CADES ?

**M. Éric Doligé.** – Les évolutions tendanciennes prennent-elles en compte un éventuel changement d'âge de la retraite ? En outre, il est sans doute trop tôt pour s'interroger sur les conséquences du rapport Gallois, même si vous l'avez mentionné.

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Pour mémoire seulement !

**M. Éric Doligé.** – Enfin, où en est la réflexion sur l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), en partie financée par les départements ? L'échéance de 2014 est-elle maintenue ?

**M. Albéric de Montgolfier.** – Pouvez-vous donner des précisions sur le régime social des travailleurs indépendants ? Le nombre de personnes dont les cotisations augmenteront éгалerait quasiment le nombre de bénéficiaires de la mesure...

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Non, 850 000 paieront davantage, 450 000 paieront moins.

**M. Albéric de Montgolfier.** – L'augmentation de cotisation ne profitera-t-elle qu'au régime des travailleurs indépendants ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Pour sa majeure partie.

**M. Albéric de Montgolfier.** – Qu'implique le relèvement des bornes législatives de la contribution tarifaire d'acheminement ? S'agit-il d'une contribution destinée à financer le régime spécial des anciens agents des industries électriques et gazières ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – C'est exactement cela.

**M. Albéric de Montgolfier.** – Cela signifie que l'ensemble des salariés vont payer pour financer les retraites des électriciens et des gaziers ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Oui, le dispositif avait été créé par la loi 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Il représente 160 millions d'euros, de mémoire.

**M. Roland du Luart.** – Je félicite le rapporteur pour avis pour la clarté de son exposé. La crédibilité des mesures d'économies repose sur un ONDAM à 2,7 %. Où trouve-t-on les 314 millions de mesures de renforcement de l'efficacité interne des établissements hospitaliers ? Tous sont en très grande difficulté et doivent faire face à un effet de ciseau dramatique entre la hausse de leur masse salariale et la baisse de leurs dotations.

**M. Jean Arthuis.** – Puisque le rapporteur nous apporte la lumière, voici un quatrième élément de réflexion : la durée du temps de travail dans le secteur sanitaire et social.

J'attire votre attention sur l'adéquation entre l'offre et la demande de compétences. En effet, je constate dans mon département un développement significatif de prestations de services internationales, qui se traduit par l'emploi d'un nombre croissant d'agents étrangers et par la substitution d'entreprises européennes aux agents français. Cette situation n'est pas neutre pour le budget de la sécurité sociale. Des réformes structurelles de compétitivité doivent enrayer une évolution préoccupante, repérable dans la

location à l'année de gîtes ruraux par des sociétés, notamment polonaises et d'Europe centrale.

**M. Philippe Marini, président.** – ...grâce à des sites Internet opportunément localisés...

**M. Jean Arthuis.** – Ne tardons pas à mettre en œuvre le choc de compétitivité préconisé par Louis Gallois.

**M. Vincent Delahaye.** – Les mesures que vous avez exposées ne sont pas à la hauteur des problèmes que nous rencontrons. Pourquoi n'y a-t-il rien sur les régimes spéciaux de retraite ? On fait contribuer les travailleurs indépendants, les employeurs particuliers, le secteur financier, les élus locaux et les collectivités locales – la cotisation à la CNRACL ne me semble d'ailleurs pas du tout justifiée. Pendant ce temps, les régimes spéciaux sont occultés. On nous dit que le problème sera abordé en 2013, j'espère que ce sera le cas. Ces régimes nous coûtent très cher, pourquoi subsistent-ils ?

**M. François Marc, rapporteur général.** – Le déficit cumulé ces dernières années a suivi trois grandes étapes. Entre 1999 et 2001, la situation est plutôt satisfaisante ; entre 2002 et 2008, le déficit cumulé atteint 70 milliards d'euros ; ces quatre dernières années enfin, son augmentation est importante. Quels sont les déterminants de ces évolutions ? La dégradation observée en 2009 est certainement liée à la crise. Y a-t-il une corrélation certaine avec la croissance économique et quels sont les autres déterminants ? Le taux de croissance n'était pas significativement différent de 2001 à 2008 et sur la période 2009-2012. Dès lors, pourquoi ne pas avoir anticipé la situation ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Entre 2002 et 2008, la croissance n'était certes pas considérable, mais elle s'est maintenue. Et pourtant, le déficit s'est élevé à 10 milliards d'euros par an en moyenne. Le solde des régimes de sécurité sociale est donc sensible à la croissance, à l'emploi, à l'évolution de la masse salariale, mais aussi à des déterminants structurels. Ceux-ci proviennent principalement du fonctionnement de l'assurance maladie, l'ONDAM ayant été dépassé pendant de nombreuses années, avant d'être mieux maîtrisé depuis 2010. Cet effort très récent, doit être maintenu, sous peine de nous exposer à des surprises désagréables.

La CADES a repris une dette dont le montant cumulé depuis 1996 atteindra 217 milliards d'euros l'année prochaine. Heureusement, 84 milliards d'euros ont déjà été amortis. Il reste 132 milliards d'euros. Sa durée de vie a été bornée par le législateur à l'année 2024, ce qui est peu raisonnable. Nous savons qu'il faudra lui transférer les déficits de la période 2012-2018 hors branche vieillesse et FSV, pour lesquels la loi ne dit pas quand ni comment ils seront repris par la CADES. Des ressources supplémentaires pour amortir cette dette nouvelle seront nécessaires.

Les projections que j'ai exposées sont faites à législation constante. Cela dit, le conseil d'orientation des retraites (COR) se réunira bientôt et

publiera ses observations au mois de janvier. Nous savons déjà que les hypothèses macroéconomiques retenues par la dernière réforme des retraites étaient trop optimistes. Le COR reviendra sur celles-ci.

Du rapport Gallois, je n'ai entendu que des commentaires de presse. J'ignore par conséquent l'impact qu'il pourrait avoir sur la loi de financement.

La réforme de l'APA reste à venir. J'ignore si l'échéance de 2014 sera maintenue. Certaines mesures ont déjà été prises : j'ai entendu que le Gouvernement allait débloquer 170 millions d'euros pour les départements en difficulté ; le PLFSS créé une contribution à laquelle seront assujettis les retraités qui supportent le taux de CSG le plus élevé. Cette contribution sera affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le PLFSS ne prévoit ni remboursements, ni franchises. Les 400 millions d'euros qui résultent de la fixation de l'évolution de l'ONDAM à 2,7 % au lieu de 2,5 %, iront à l'investissement hospitalier ainsi qu'à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et au plan Alzheimer. Le détail des économies donne souvent lieu, de la part du ministère de la santé, à l'utilisation d'un jargon abscons. On comprend toutefois qu'en matière de soins de ville, les mesures d'économies sur les produits de santé représentent 876 millions d'euros, dont 600 millions d'euros de baisses de prix de médicaments et de dispositifs médicaux ; dans le secteur hospitalier, les mesures annoncées prévoient la réorganisation de la politique d'achat des établissements et la rationalisation de leurs pharmacies à hauteur, respectivement, de 250 millions d'euros et 60 millions d'euros.

La question soulevée par Jean Arthuis pourrait être traitée à l'occasion des travaux qui seront menés par le Haut conseil pour l'assurance maladie, par exemple.

M. Delahaye le sait bien, la réforme des régimes spéciaux est délicate. Le débat relève davantage de la mission budgétaire « Régimes sociaux et de retraite » de notre collègue Francis Delattre, qui retrace les subventions d'équilibre versées par l'Etat à ces régimes.

**M. Philippe Marini, président.** – Proposez-vous des amendements ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Après mûre réflexion, non.

**M. Philippe Marini, président.** – L'expérience montre que c'est prudent. Quel est votre avis sur le texte ?

**M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis.** – Vous n'en serez pas étonné, il est favorable.

*La commission des finances a émis un **avis favorable** à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, par 21 voix pour, 19 voix contre et 2 abstentions, après prise en compte des délégations de vote.*