

Haut Conseil du financement de la protection sociale

RAPPORT SUR LA LISIBILITE DES PRELEVEMENTS ET L'ARCHITECTURE FINANCIERE DES REGIMES SOCIAUX

Juillet 2015

INTRODUCTION

Le Premier Ministre a adressé le 21 octobre 2014 au Haut Conseil du financement de la protection sociale une lettre, reproduite en annexe, par laquelle il demande au Haut Conseil d'étudier plusieurs questions. La lettre du Premier Ministre évoque ainsi, successivement :

- la poursuite, « en tenant compte des dispositions d'ores et déjà mises en œuvre ou programmées », des « réflexions sur la rationalisation de l'affectation des impôts et taxes entre les régimes et les branches, au regard des caractéristiques des différents risques en termes de contributivité et d'universalité » ; elle demande l'examen de divers scénarios, « depuis la réaffectation des prélèvements existants jusqu'à une éventuelle globalisation des différentes cotisations sociales dues par les employeurs et les salariés dont le produit pourrait être ventilé entre les régimes et les branches, de façon articulée avec celui des impôts et taxes affectés » ;
- « une réflexion sur la lisibilité des prélèvements sociaux », dans le contexte de « la mise en œuvre programmée des allègements de cotisations sociales sur les bas salaires et de la diminution des cotisations sociales payées par les employeurs et les travailleurs indépendants », en lien avec la démarche de simplification du bulletin de paie dont l'étude a été lancée par ailleurs par le Gouvernement ;
- la poursuite « de l'analyse des modalités par lesquelles les capacités contributives des assurés pourraient être davantage prises en compte dans la détermination des prélèvements sociaux », compte tenu des « contraintes imposées par la jurisprudence constitutionnelle relative aux impositions de toute nature et aux cotisations sociales » ;
- « une nouvelle réflexion ... sur l'architecture financière et la gouvernance financière d'ensemble des différents risques de la protection sociale » ... « tant dans le champ propre à la sécurité sociale que, en tenant compte des responsabilités des différents acteurs, dans celui de la protection sociale dans son ensemble » ; s'agissant de la sécurité sociale, cette réflexion est appelée à porter « sur l'architecture financière des différents risques, avec l'étude de diverses hypothèses allant de la simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes à celles-ci, jusqu'à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature » ; au-delà, « elle pourrait notamment porter sur le contenu et les contours des lois de financement de la sécurité sociale et de leurs annexes, sur les modalités d'élaboration, de discussion et d'articulation des projections financières des différents régimes relevant des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale » ;
- l'analyse des « avantages et (des) inconvénients, ainsi que (des) conditions de faisabilité, d'une nouvelle étape de rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, en ce qui concerne notamment les cotisations de retraite complémentaire des salariés du secteur privé ».

*

* *

Compte tenu de la diversité des thèmes évoqués par la lettre du Premier Ministre, et des compétences respectives des différents acteurs sur chacun des segments de la protection sociale (État pour la sécurité sociale, partenaires sociaux pour les régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaire, collectivités territoriales pour les politiques d'aide à l'autonomie et de lutte contre l'exclusion sociale), le Haut Conseil a adopté, pour répondre à ces questions, une approche essentiellement analytique. D'une façon générale, il a procédé sur chacun de ces thèmes par une approche en deux temps, consistant d'abord à dresser un bilan et à mettre en évidence les enjeux généraux que soulève chacun des sujets examinés, puis dans un second temps à réaliser des approfondissements techniques sur certaines questions identifiées, et à présenter divers scénarios d'évolution en tentant d'en apprécier les avantages, les inconvénients et la faisabilité techniques.

Les travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale se sont déroulés entre le 17 décembre 2014 et le 8 juillet 2015. Il a tout d'abord auditionné le 17 décembre 2014 M. Olivier Dutheillet de Lamothe, ancien Président de la section sociale du Conseil d'État et ancien membre du Conseil constitutionnel, sur la question de l'état de la jurisprudence constitutionnelle et communautaire sur les prélèvements sociaux, puis examiné le 24 avril 2015 une analyse d'ensemble du droit applicable aux cotisations et contributions finançant la protection sociale.

Le Haut Conseil a également consacré une réunion plénière le 14 janvier 2015 au thème de l'architecture financière des régimes de protection sociale, puis des approfondissements le 24 juin 2015 aux sujets particuliers de l'évolution des mécanismes de compensation démographique entre les régimes de retraite de base et de l'unification financière des régimes délivrant des prestations d'assurance maladie en nature.

Il a par ailleurs traité de la simplification et de l'amélioration de la lisibilité du financement de la protection sociale le 18 février 2015, avant d'approfondir le 17 juin 2015 les questions de l'intégration des allègements généraux au barème des cotisations sociales, de la globalisation des cotisations sociales, de la simplification du bulletin de paie et de la normalisation des données sociales.

Le Haut Conseil a en outre analysé le 18 mars 2015 les différents exercices de prévisions économiques et financières relatifs à la protection sociale, avant d'examiner le 6 mai 2015 différentes hypothèses d'évolution du calendrier et des modes de concertation autour de ces prévisions, ainsi que du périmètre des lois de programmation des finances publiques et des lois de financement de la sécurité sociale.

S'agissant enfin des perspectives d'évolution du recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité, le Haut Conseil a d'abord auditionné le 27 mars 2015 les parties prenantes du recouvrement des cotisations des régimes obligatoires de retraite complémentaire des salariés du secteur privé et des expériences antérieures de transfert d'activités de recouvrement au réseau des URSSAF, puis examiné le 20 mai 2015 une note relative à ces thèmes dans le cadre plus général de l'ensemble des enjeux d'évolution du recouvrement des cotisations sociales sur les revenus d'activité.

Sur certains des thèmes évoqués ci-dessus, le Haut Conseil s'est assuré le concours des administrations et des organismes directement concernés, dans le cadre de groupes de travail techniques *ad hoc* :

- un groupe de travail sur l'unification financière des régimes d'assurance maladie, associant l'ACOSS, la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) ;
- un groupe de travail sur les mécanismes de compensation entre régimes de retraite, réunissant le secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites (COR), la Direction du budget et la DSS ;
- un groupe de travail sur le recouvrement des cotisations des régimes AGIRC-ARRCO, associant l'ACOSS, l'AGIRC-ARRCO, le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la DSS, la MSA, le RSI et l'UNEDIC.

*

* *

Le présent rapport rend compte de l'ensemble de ces travaux afin de répondre à la lettre de saisine du Premier Ministre. Pour chacun des domaines abordés, le Haut Conseil s'est efforcé de se référer au même type de problématique pour appréhender le potentiel de simplification et d'amélioration de la lisibilité du financement de la protection sociale, autour de trois enjeux combinés :

- la clarification, la facilitation et la stabilisation, pour les entreprises comme pour les assurés, des règles et des procédures administratives ;
- la recherche d'une plus grande transparence et d'une meilleure lisibilité du prélèvement social au service d'une adhésion renforcée des citoyens à ce dernier ;
- les réductions de coût de gestion pour les régimes de protection sociale qui peuvent y être associées.

Le chapitre I présente un état des lieux actualisé du financement de la protection sociale en France, intégrant l'impact des mesures d'allègement des cotisations sociales à la charge des employeurs et des travailleurs indépendants décidés dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité » présenté par le Premier Ministre en avril 2014. Cet état des lieux prolonge le précédent diagnostic établi dans le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale de mars 2014.

Le chapitre II traite de la simplification et de l'amélioration de la lisibilité du financement de la protection sociale. Ce chapitre poursuit l'analyse précédente du Haut Conseil sur les logiques d'affectation des impôts et taxes aux différents régimes et branches de la protection sociale, examine l'opportunité et la faisabilité d'une intégration éventuelle des allègements généraux de cotisations sociales dans le barème même de ces dernières, discute les avantages et les inconvénients d'une globalisation par régimes des cotisations sociales acquittées par les employeurs et les salariés, et s'interroge sur les liens entre ces pistes d'évolution et les réflexions relatives à la simplification du bulletin de paie.

Le chapitre III fait le point sur l'état de la jurisprudence constitutionnelle et communautaire sur les cotisations et les contributions sociales, après la décision du Conseil constitutionnel d'août 2014 relative au dispositif de réduction dégressive des cotisations sociales dues par les salariés figurant dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, et réfléchit à d'éventuelles pistes d'évolution ouvrant des marges d'action plus larges aux pouvoirs publics.

Le chapitre IV questionne l'architecture financière des régimes de protection sociale, en analysant d'abord l'ensemble des relations financières qui lient ces régimes, puis en approfondissant deux questions particulières : d'une part, l'évolution des mécanismes de la compensation démographique entre les régimes de retraite de base, dans le contexte plus large d'une simplification des relations financières entre ces régimes ; d'autre part, les voies d'une unification financière accrue des régimes qui dispensent des prestations en nature d'assurance maladie, et les simplifications qui pourraient y être associées concernant les démarches d'affiliation des assurés.

Le chapitre V aborde les enjeux de rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité, en dressant au préalable un état d'ensemble des modalités de recouvrement aujourd'hui à l'œuvre en matière de prélèvements sociaux sur les revenus d'activité, en détaillant ces modalités pour les régimes de retraite complémentaire publics et privés, puis en approfondissant les enjeux que soulèverait l'hypothèse d'un transfert aux URSSAF des cotisations des régimes complémentaires de retraite AGIRC-ARRCO.

Enfin, le chapitre VI décrit les processus d'élaboration des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale, dans le contexte de la mise en œuvre des dispositions des textes européens relatifs à la surveillance mutuelle des finances publiques des États-membres de la zone euro, et présente différentes pistes en vue d'une coordination, d'une transparence et d'une concertation accrues des exercices de prévision réalisés par les régimes de sécurité sociale, le régime d'assurance chômage et les régimes obligatoires de retraite complémentaire, le cas échéant dans le cadre d'une extension des informations examinées par le Parlement à l'occasion des projets de lois de financement de la sécurité sociale.

*

* *

Conformément à la pratique adoptée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale en matière de restitution de ses travaux, ses membres ont été invités à exprimer leurs appréciations sur les analyses présentées dans le rapport, sous la forme de contributions insérées dans ce document. Les organisations représentatives des salariés et des employeurs, et certains autres membres du Haut Conseil, ont ainsi pu exprimer leurs avis ou positions, au-delà de l'analyse essentiellement technique qui figure dans le corps du rapport. Par souci de clarté, compte tenu de l'hétérogénéité des thèmes traités dans le rapport, ces contributions ont été insérées à la fin de chacun des chapitres, celles figurant à la fin du chapitre VI présentant le cas échéant un point de vue général sur l'ensemble des travaux.

La diversité des domaines dans lesquels le Haut Conseil du financement de la protection sociale a conduit ses analyses, ainsi que la pluralité des avis des membres du Haut Conseil, rendent difficile l'élaboration d'une synthèse de l'ensemble des travaux dont il est rendu compte dans le présent rapport. On peut du moins souligner le cadre commun dans lequel les différents thèmes traités prennent place.

En effet, la saisine du Haut Conseil du financement de la protection sociale par le Premier Ministre est intervenue à une période où, en premier lieu, la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité », amorcée en 2015 et qui doit être complétée en 2016, entraîne d'amples modifications des allègements des cotisations sociales à la charge des employeurs, ainsi que du barème de ces cotisations et des impôts et taxes affectés aux régimes de sécurité sociale en contrepartie. En outre, la jurisprudence constitutionnelle relative aux cotisations et aux contributions sociales, notamment depuis la décision du 6 août 2014 censurant une réduction dégressive des cotisations sociales à la charge des salariés, soulève des interrogations sur les marges d'action restant ouvertes aux pouvoirs publics afin d'agir sur le financement de la protection sociale. Par ailleurs, les différentes étapes de la programmation des finances publiques liées aux engagements européens modifient le calendrier, la nature et la portée de l'examen des perspectives financières à moyen terme des différents régimes de protection sociale. Enfin, une impulsion a été donnée par le Gouvernement à la démarche de simplification des formalités administratives auxquelles sont soumis les particuliers et les entreprises, chacun pouvant reconnaître que, du fait de son architecture complexe, le système français de protection sociale français recèle d'importants gisements de progrès en la matière.

Dans ce contexte, il existe de nombreux motifs pour avancer dans le sens d'une plus grande lisibilité du financement de la protection sociale en vue d'une meilleure appropriation tant par les acteurs économiques et sociaux que par les citoyens. Ainsi, la stabilisation du profil des cotisations sociales suite à la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité » et de sa compensation financière aux régimes de sécurité sociale, le déploiement généralisé de la déclaration sociale nominative (DSN) à l'horizon 2017, et la réflexion lancée en faveur d'un « régime maladie universel », peuvent constituer à la fois des incitations et des leviers pour conduire une telle démarche.

**ANNEXE : Lettre du Premier Ministre à la Présidente du Haut Conseil du
financement de la protection sociale, du 21 octobre 2014**



Le Premier Ministre
14 16 / 14 / SG

Paris, le 21 OCT. 2014

Madame la Présidente,

Depuis sa création en septembre 2012, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a rempli une mission d'échanges entre élus, partenaires sociaux, administrations et experts, sur les enjeux des ressources et de l'équilibre financier de nos régimes sociaux.

Je tiens en particulier à souligner l'intérêt de la contribution que le Haut Conseil a apportée sur les évolutions possibles des prélèvements sociaux acquittés par les entreprises et les ménages, qui a permis d'éclairer les prises de position des acteurs sociaux et les décisions gouvernementales en la matière.

Je souhaite que la réflexion menée sur l'évolution du financement de la protection sociale s'élargisse aux enjeux de stabilité, d'équité et de simplification des prélèvements sociaux et à leurs prolongements possibles en termes de pilotage et de gouvernance financière de ces régimes.

Vos travaux pourraient, en tenant compte des dispositions d'ores et déjà mises en œuvre ou programmées, poursuivre les réflexions sur la rationalisation de l'affectation des impôts et taxes entre les régimes et les branches, au regard des caractéristiques des différents risques en termes de contributivité et d'universalité, afin d'améliorer la transparence et la compréhension, par l'ensemble des acteurs de la protection sociale, des conditions de son équilibre financier. Cette réflexion devrait conduire à examiner différents scénarios possibles, depuis la réaffectation de prélèvements existants jusqu'à une éventuelle globalisation des différentes cotisations sociales dues par les employeurs et les salariés dont le produit pourrait être ventilé entre les régimes et les branches, de façon articulée avec celui des impôts et taxes affectés.

Ensuite, la mise en œuvre programmée des allègements de cotisations sociales sur les bas salaires et de la diminution des cotisations sociales payées par les employeurs au titre de la branche famille renforce l'intérêt d'une réflexion sur la lisibilité des prélèvements sociaux acquittés, tant pour les employeurs que pour les salariés. Vous étudierez les modalités permettant de la renforcer, en tenant compte des perspectives à moyen et long terme des dépenses et des recettes des régimes sociaux et des logiques de financement des différents risques.

.../...

Madame Mireille ELBAUM
Haut Conseil du financement de la protection sociale
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75015 Paris

Hôtel de Matignon - 57, rue de Varenne - 75007 Paris - Tél. : 01 42 75 80 00

Ces réflexions pourront alimenter de nouvelles étapes notamment dans l'amélioration de la lisibilité de la fiche de paye, pour laquelle le gouvernement a d'ores et déjà engagé une démarche de simplification.

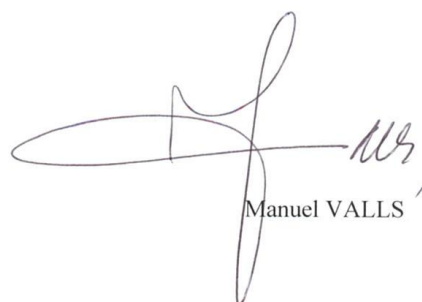
Par ailleurs, les contraintes imposées par la jurisprudence constitutionnelle relative aux impositions de toute nature et aux cotisations sociales laissent persister, au-delà des décisions d'ores et déjà arrêtées par le Gouvernement en faveur du soutien au revenu des ménages modestes, l'intérêt d'une poursuite de l'analyse des modalités par lesquelles les capacités contributives des assurés pourraient être davantage prises en compte dans la détermination des prélèvements sociaux.

En outre, une nouvelle réflexion apparaîtrait justifiée sur l'architecture et la gouvernance financière d'ensemble des différents risques de la protection sociale, dans la perspective d'une régulation plus harmonisée et globalisée, tant dans le champ propre à la sécurité sociale que, en tenant compte des responsabilités des différents acteurs, dans celui de la protection sociale dans son ensemble. Elle pourrait notamment porter sur le contenu et les contours des lois de financement de la sécurité sociale et de leurs annexes, sur les modalités d'élaboration, de discussion et d'articulation des projections financières des différents régimes relevant des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale, ainsi que, de façon spécifique à la sécurité sociale, sur l'architecture financière des différents risques, avec l'étude de diverses hypothèses allant de la simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes à celles-ci, jusqu'à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature.

Enfin, vos réflexions pourront porter sur les avantages et les inconvénients, ainsi que sur les conditions de faisabilité d'une nouvelle étape de rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, en ce qui concerne notamment les cotisations de retraite complémentaire des salariés du secteur privé. Pour alimenter votre réflexion, les travaux conduits dans le cadre de la modernisation de l'action publique sur la simplification du recouvrement des cotisations et des contributions sociales et sur la modernisation de la gestion des régimes de retraite seront mis à la disposition du Haut Conseil du financement de la protection sociale, afin de recueillir les positions de ses membres.

Je souhaite que le Haut Conseil du financement de la protection sociale puisse apporter sa contribution à ces différentes questions, conjointement aux thèmes qu'il a inscrits à son programme de travail pour 2014 et 2015. Afin que ces travaux puissent nourrir utilement les réflexions du Gouvernement dans la perspective de l'élaboration des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, il serait approprié que cette contribution me soit remise dans les premiers jours de juin 2015.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'assurance de ma considération distinguée.



Manuel VALLS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
ANNEXE : Lettre du Premier Ministre à la Présidente du Haut Conseil du financement de la protection sociale, du 21 octobre 2014	9
SOMMAIRE	13
Chapitre I : L'état des lieux actualisé du financement de la protection sociale	25
I. Le contexte économique et financier de la sécurité sociale en 2014 et 2015	25
I.1. <u>La conjoncture de l'économie française depuis le déclenchement de la crise économique et financière en 2007</u>	25
I.2. <u>Une stabilisation des déficits des régimes de protection sociale</u>	28
II. Les allègements des prélèvements sociaux acquittés par les entreprises dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité », et leur compensation aux régimes de sécurité sociale	30
II.1. <u>Les allègements des prélèvements sociaux incombant aux entreprises dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité »</u>	31
II.2. <u>Les opérations financières permettant notamment la compensation aux régimes de sécurité sociale des nouveaux allègements de cotisations sociales et de C3S</u>	34
II.2.1. <i>Les opérations financières entre l'État et la sécurité sociale</i>	35
II.2.2. <i>Les transferts entre branches et régimes</i>	36
III. Les autres évolutions affectant le financement de la protection sociale	38
III.1. <u>L'évolution présente et future de l'assiette et des taux des cotisations sociales</u>	39
III.1.1. <i>L'évolution de l'assiette des cotisations sociales</i>	39
III.1.2. <i>L'évolution des taux des cotisations sociales</i>	40
III.2. <u>Les changements apportés à partir de 2015 aux conditions d'assujettissement des revenus de remplacement à la CSG</u>	43
III.3. <u>La démarche de simplification des formalités sociales et du bulletin de paie</u>	44
IV. De nouvelles modalités de financement de la protection sociale, qui appellent une relance de la réflexion sur sa simplification et l'amélioration de sa lisibilité	45
IV.1. <u>Le profil des cotisations sociales</u>	45
IV.2. <u>Les règles d'affectation des ressources aux régimes de protection sociale</u>	46
IV.3. <u>Les transferts et les modalités de l'équilibre financier des régimes de protection sociale ...</u>	48
IV.4. <u>Les formalités liées aux prélèvements sociaux</u>	48

Chapitre II : La simplification et l'amélioration de la lisibilité du prélèvement social 51

I. L'objectif de clarification des ressources affectées aux régimes de protection sociale 52

I.1. Un rappel des analyses antérieures du Haut Conseil 52

I.2. Les pistes qui en découlent pour un réaménagement des ressources affectées à la sécurité sociale 54

I.2.1. *Les questions que soulève la structure actuelle du financement des différents régimes et branches* 54

I.2.2. *Trois considérations préliminaires qui limitent la portée, à ce jour, de l'exercice de réexamen* 55

I.2.3. *Une actualisation des pistes de réaffectation tendant à rendre plus lisibles et plus cohérentes les ressources de la sécurité sociale* 56

II. La recherche d'une lisibilité accrue du profil des cotisations employeurs à travers l'intégration des allègements de cotisations dans leur barème 58

II.1. Les enjeux liés à la définition d'un barème progressif des cotisations patronales de sécurité sociale 58

II.1.1. *L'intérêt potentiel de la mise en œuvre d'un barème progressif* 59

II.1.1.1. *La pérennisation d'évolutions structurelles du profil des allègements généraux* 59

II.1.1.2. *La lisibilité du prélèvement social* 59

II.1.1.3. *L'appropriation du dispositif par les entreprises* 59

II.1.2. *Les enjeux complémentaires d'un barème progressif* 60

II.1.2.1. *..Une nécessité d'articulation avec les autres exonérations, notamment les exonérations ciblées* 60

II.1.2.2. *La sécurisation du montant des ressources de la sécurité sociale* 60

II.2. Les difficultés et limites d'une éventuelle « barémisation » 61

II.2.1. *Des incertitudes sur l'amélioration effective de la lisibilité du prélèvement social* 61

II.2.2. *Les enjeux techniques de l'intégration des allègements généraux* 61

II.2.2.1. *Une multiplicité de barèmes* 61

II.2.2.2. *Un risque juridique concentré sur l'extension du barème aux différentes catégories d'employeurs* 62

II.2.2.3. *Une conditionnalité des allègements plus délicate à mettre en œuvre* 63

II.3. <u>Le contexte actuel des réflexions sur la « barémisation »</u>	63
II.3.1. <i>L'évolution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi et son articulation avec les allègements généraux</i>	64
II.3.2. <i>Les avancées en matière de modernisation des formalités sociales</i>	65
II.3.2.1. <i>Les processus actuels de déclaration et contrôle des allègements généraux</i>	65
II.3.2.2. <i>Les évolutions introduites par la déclaration sociale nominative</i>	66
II.3.2.3. <i>L'évolution du recouvrement des cotisations et des contrôles, dans le cadre de la DSN</i>	68
 III. L'hypothèse d'une globalisation des cotisations : une voie complémentaire pour faciliter la compréhension du prélèvement social en aval de la réforme du bulletin de paye	70
III.1. <u>L'intérêt et les limites d'une globalisation des cotisations</u>	70
III.1.1. <i>Le champ de la globalisation</i>	70
III.1.2. <i>L'intérêt d'une globalisation des cotisations employeur</i>	71
III.1.3. <i>Les limites de l'idée de globalisation</i>	72
III.2. <u>L'articulation de ces réformes et de la réflexion sur la simplification du bulletin de paye</u> ...	73
III.3. <u>Un levier en faveur de la lisibilité des prélèvements : la normalisation des données sociales</u>	74
 Contributions des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le Chapitre II	77

Chapitre III : Cotisations et contributions sociales le cadre juridique actuel 87

I. La nature juridique des prélèvements sociaux 89

I.1. Les cotisations sociales..... 89

I.1.1. La qualification juridique de cotisation sociale 89

I.1.2. Les conséquences de la qualification de cotisation sociale 92

I.2. Les contributions sociales..... 95

I.2.1. La qualification juridique de la CSG en droit interne 96

I.2.2. La qualification juridique de la CSG en droit de l'UE 98

I.2.2.1.La CSG sur les revenus d'activité et de remplacement 98

I.2.2.2.La CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement 100

I.2.3. Les conséquences de la dualité de qualification juridique de la CSG..... 101

II. Le respect du principe d'égalité en matière de prélèvements sociaux 106

II.1. Les différenciations possibles en matière de cotisations sociales 108

II.1.1. Les différences de traitement admises entre régimes différents 108

II.1.2. Des différences de traitement plus limitées au sein d'un même régime..... 110

II.1.3. La possibilité de différences de traitement accentuées pour les cotisations patronales 115

II.2. L'appréciation des facultés contributives en matière de contributions sociales 117

II.2.1. La possibilité d'une CSG progressive 117

II.2.1.1.La prise en compte des facultés contributives au niveau du foyer fiscal..... 118

II.2.1.2.La prise en compte des charges de famille 119

II.2.1.3.Le caractère nécessairement progressif mais non confiscatoire de l'imposition globale du revenu des personnes physiques 120

II.2.2. La prise en compte forfaitaire des frais professionnels..... 123

II.2.3. Les règles de déductibilité de la CSG 125

Contribution des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le chapitre III 131

ANNEXE III.1. Audition par le Haut Conseil du financement de la protection sociale de M. Olivier Dutheillet de Lamothe 137

Chapitre IV : L'architecture financière des régimes de protection sociale	153
I. Présentation d'ensemble des relations financières entre les régimes de protection sociale	153
I.1. <u>Les relations financières entre organismes concourant à la protection sociale : le rôle des contributions et des transferts</u>	154
I.1.1. <i>Dans l'ensemble du champ de la protection sociale : une distinction entre contributions publiques et transferts</i>	154
I.1.2. <i>Dans le champ de la sécurité sociale</i>	156
I.1.2.1. <i>Les branches maladie et vieillesse principalement concernées par des mécanismes de transferts</i>	156
I.1.2.2. <i>Des mécanismes financiers divers, depuis les dispositifs d'équilibrage jusqu'aux compensations et au partage de charges financières</i>	158
I.2. <u>Des interrogations quant à la pertinence de ces mécanismes</u>	164
I.3. <u>Des évolutions récentes dont l'amplification doit donner lieu à réflexion</u>	165
II. Les relations financières entre régimes d'assurance vieillesse	166
II.1. <u>Les transferts de compensation entre régimes de retraite de base</u>	167
II.2. <u>Des problèmes associés aux mécanismes de compensation et des redondances avec les autres transferts entre régimes</u>	170
II.3. <u>Des scénarios exploratoires de rationalisation des transferts entre régimes de retraite de base</u>	171
II.3.1. <i>Les principes des scénarios explorés</i>	171
II.3.2. <i>Les premiers résultats des simulations de ces scénarios exploratoires</i>	173
II.3.3. <i>Des problèmes qui restent à étudier</i>	174
III. Les perspectives d'unification financière des régimes d'assurance maladie	175
III.1. <u>Une concentration dans la branche maladie des transferts les plus complexes entre régimes</u>	176
III.1.1. <i>Une typologie des relations financières entre régimes</i>	177
III.1.1.1. <i>Le rattachement de certains publics au régime général</i>	177
III.1.1.2. <i>Les intégrations financières</i>	178
III.1.1.3. <i>Un mécanisme, spécifique à certains régimes, de relations financières : la compensation bilatérale maladie</i>	181
III.1.1.4. <i>Un mécanisme général d'équilibrage : la répartition de la CSG maladie</i>	183
III.1.2. <i>Une évaluation des flux financiers concernés</i>	184

III.2. Des difficultés liées aux règles de mutation et de maintien des droits qui conduisent, en dépit des intégrations financières, à des problèmes d'accès aux droits et à des transferts complexes entre régimes 185

III.2.1. *Les mutations : un enjeu de gestion important en assurance maladie*..... 185

III.2.1.1. *Des recherches, consommatrices de temps, du régime compétent* 186

III.2.1.2. *Des coûts de gestion importants pour les caisses d'assurance maladie* 187

III.2.1.3. *Des procédures de gestion des mutations peu dématérialisées*..... 189

III.2.2. *Les limites d'une comparaison avec la branche famille* 190

III.3. Une unification financière accrue qui pourrait emprunter plusieurs modalités, affectant à des degrés divers l'organisation des régimes et leurs liens avec leurs assurés 191

III.3.1. *Une voie préalable : la réforme des mécanismes actuels de solidarité financière entre les régimes*192

III.3.1.1. *Des réformes limitées à la répartition de la CSG maladie et à la compensation bilatérale, aux implications probablement limitées sur la simplification du financement* 192

III.3.1.2. *L'aboutissement de l'intégration des régimes : un objectif atteignable à court terme* 193

III.3.2. *Un approfondissement possible de la démarche : deux premiers scénarios visant à une unification financière de la branche maladie sans modification des structures de gestion*..... 194

III.3.2.1. *Scénario 1 : une intégration financière et une simplification des mécanismes d'affiliation* 194

III.3.2.2. *Scénario 2 : une intégration financière et un régime unique d'affiliation*..... 195

III.3.2.3. *Une première analyse de l'impact des deux variantes sur les régimes et leurs assurés* 195

III.3.2.4. *L'effet facilitateur d'un fichier commun ou unique des assurés*..... 197

III.3.3. *Deux hypothèses alternatives comportant une évolution de la structuration des régimes*..... 198

III.3.3.1. *Hypothèse 1 : un régime unique des prestations en nature de l'assurance maladie* ... 198

III.3.3.2. *Hypothèse 2 : une dualité de régimes, un régime propre aux non salariés existant à côté du régime général couvrant le reste de la population*..... 199

Contribution des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le chapitre IV 201

Annexe IV.1. Etat des lieux des transferts financiers : du champ de la protection sociale à celui des régimes de sécurité sociale 209

Annexe IV.2. Les missions des principaux fonds de financement de la protection sociale..... 219

Annexe IV.3. Les transferts de compensation entre régimes de retraite de base (note du secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites) 223

Annexe IV.4. Simulations DSS d'évolution de la compensation démographiques vieillesse : premiers travaux exploratoires 241

Chapitre V : Le recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité 255

I. Un état des lieux synthétique du recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité 256

I.1. Une organisation segmentée du recouvrement, reflet de la variété des régimes de gestion des risques 256

..... 256

[Toc424290730](#)

I.1.1. Un système éclaté mais avec une concentration croissante autour de la branche du recouvrement du régime général..... 256

I.1.2. Un panorama des organismes de recouvrement et de leurs champs d'intervention qui pose des questions de cohérence d'ensemble 258

I.1.2.1. Au regard du statut des populations 258

I.1.2.2. Selon les risques et les régimes 264

I.1.3. Des adaptations et des rationalisations, qui ne sont probablement pas achevées 265

I.2. Un panorama du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires 266

I.2.1. Une grande variété de régimes et d'organismes de recouvrement 266

I.2.2. Le cas de l'IRCANTEC 269

I.2.3. Le cas du régime additionnel de la fonction publique (RAFP) 270

I.3. Des différences de procédures et des périmètres de compétence insuffisamment stabilisés, qui contribuent à des écarts de performance et à un manque de lisibilité pour le cotisant et l'assuré 270

I.3.1. Des procédures de recouvrement qui divergent selon les risques et les régimes..... 270

I.3.2. Des périmètres de compétence qui posent problème en cas d'activités multiples ou de changement de situation..... 271

I.3.3. Des différences de performance difficiles à objectiver, mais sans doute significatives .. 271

II. Un regard rétrospectif sur les expériences passées d'évolution du recouvrement 272

II.1. Les expériences passées : le recouvrement des cotisations UNEDIC par les URSSAF et l'interlocuteur social unique (ISU) entre l'ACOSS et le RSI 272

II.1.1. Le transfert du recouvrement des contributions et cotisations d'assurance chômage et d'AGS (projet TREC) 273

II.1.1.1. Chronologie et nature du transfert..... 273

II.1.1.2. Des simplifications réelles pour les entreprises 273

II.1.1.3. Des résultats positifs en termes de performance et de contrôle 273

II.1.1.4. Des résultats non négligeables en termes de coûts de gestion du processus 273

II.1.2. Un transfert partiel : l'expérience de l'interlocuteur social unique (ISU)	274
II.1.2.1. Chronologie et nature du transfert.....	274
II.1.2.2. Des dysfonctionnements initiaux graves pour les entreprises, préjudiciables à l'image des régimes	274
II.1.2.3. Une gestion de crise finalement efficace	274
II.2. Les enseignements susceptibles d'être tirés de ces expériences	275
II.2.1. Une clarification nécessaire des objectifs pour permettre l'appropriation du projet par les organismes	275
II.2.2. L'importance du portage par les décideurs politiques et par les partenaires sociaux responsables des régimes.....	275
II.2.3. La clarté et la cohérence des choix de périmètre	276
II.2.4. Des prérequis techniques importants : l'alignement préalable des réglementations et la fiabilisation préalable des fichiers.....	276
II.2.5. Le nécessaire réalisme des calendriers de mise en œuvre	276
II.2.6. La possibilité de maintenir des règles préservant les compétences et l'autonomie de gestion des deux partenaires	277
III. La situation et les perspectives d'évolution du recouvrement des cotisations de retraite des régimes complémentaires AGIRC et ARRCO	278
III.1. <u>Rappels préliminaires : des régimes AGIRC-ARRCO de nature conventionnelle et contributive, avec des règles de champ, d'assiette et surtout de taux spécifiques</u>	278
III.2. <u>Le paysage actuel du recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO</u>	280
III.2.1. Présentation des IRC et des GPS.....	280
III.2.2. Le paysage des IRC et des GPS	281
III.2.3. Une grande diversité des modes d'organisation des GPS	282
III.2.4. L'adhésion encore fréquente des entreprises à plusieurs GPS	282
III.2.5. Les moyens consacrés à la retraite complémentaire au sein des GPS et en particulier au recouvrement	283
III.3. <u>Un processus qui comporte de nombreuses spécificités de gestion par rapport au recouvrement du régime général</u>	284
III.3.1. Des différences avec le modèle de recouvrement du régime général : la liaison entre le recouvrement et la tenue des comptes de points	286
III.3.2. Des gestions déléguées pour certaines cotisations	287
III.3.3. L'absence de contrôle général sur l'assiette des cotisations de retraite complémentaire	288

III.4. <u>Des évolutions en cours à prendre en compte</u>	289
III.4.1. <i>La concentration en cours à prendre en compte</i>	289
III.4.2. <i>Les évolutions partiellement divergentes des activités de retraite complémentaire et d'assurance de personnes</i>	290
III.4.3. <i>La déclaration sociale nominative : d'importants impacts prévus en termes de simplification et de gestion</i>	291
III.5. <u>Des objectifs et des points d'attention à partager pour d'éventuelles évolutions ultérieures</u>	292
III.5.1. <i>Des objectifs à garantir de façon partagée</i>	293
III.5.1.1. <i>La préservation et l'amélioration de la garantie des droits des assurés</i>	293
III.5.1.2. <i>La préservation et l'amélioration de la qualité du service aux entreprises : extension des simplifications, unicité d'interlocution pour les entreprises, traitement des entreprises en difficulté</i>	293
III.5.1.3. <i>La réalisation de gains de performance et d'éventuelles économies de coûts de gestion</i>	294
III.5.2. <i>Des points d'attention à considérer de façon indispensable</i>	297
III.5.2.1. <i>La mise en place nécessaire d'une gestion de projet collégiale</i>	297
III.5.2.2. <i>Des prérequis techniques à assurer</i>	297
III.5.2.3. <i>La mise en place d'un calendrier progressif et réaliste</i>	298
III.5.2.4. <i>La prise en compte des problèmes sociaux posés par la reconversion des personnels</i>	299
III.6. <u>Trois scénarios possibles d'évolution, pouvant le cas échéant être étalés dans le temps</u> ..	300
III.6.1. <i>Un scénario réaliste dès le court terme : la mise en oeuvre du contrôle d'assiette des cotisations par l'ACOSS, une coopération accrue avec l'AGIRC-ARRCO vis-à-vis des entreprises en difficulté</i>	301
III.6.2. <i>Un scénario d'évolution de moyen terme dont les avantages peuvent être discutés : le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire par l'ACOSS, l'AGIRC-ARCCO conservant la gestion des données individuelles et des droits</i>	302
III.6.3. <i>Un scénario possible à plus long terme, à condition que certains prérequis soient atteints : le recouvrement personnalisé des cotisations de retraite complémentaires par l'ACOSS pour le compte de l'AGIRC-ARRCO</i>	303

Contribution des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le chapitre V	304

Chapitre VI : Les prévisions économiques et financiers dans le domaine de la protection sociale et le champ des lois de financement de la sécurité sociale 315

I. Les règles et les pratiques en matière de prévisions économiques et financières 316

- I.1. Les implications des lois de programmation des finances publiques et des processus d'élaboration des lois financières annuelles pour les prévisions en matière de finances sociales 318
 - I.1.1. *Les implications de la loi de programmation des finances publiques* 318
 - I.1.2. *Les dispositions concernant les prévisions relatives aux finances sociales dans les lois financières annuelles*..... 321
- I.2. Les prévisions financières en matière d'assurance chômage 323
- I.3. Les projections financières à long terme..... 325
- I.4. Une pluralité d'instances indépendantes ou de concertation qui examinent des prévisions économiques et financières touchant à la protection sociale 327
- I.5. Des dispositions prévoyant l'échange d'informations entre les régimes de protection sociale et avec l'État 330

II. Les données économiques et financières prévisionnelles aujourd'hui disponibles dans le domaine de la protection sociale 330

- II.1. Des prévisions financières aux champs différents 331
 - II.1.1. *Des projections financières à moyen terme agrégées, aux normes de la comptabilité nationale, qui distinguent les composantes conjoncturelle et structurelle des évolutions financières*..... 331
 - II.1.2. *Des exercices propres à chaque composante des administrations de sécurité sociale, en comptabilité spécifique et portant sur les recettes, les dépenses et les soldes effectifs*..... 334
- II.2. Des méthodologies de projection selon les cas tendanciels ou incorporant l'impact de mesures 338
- II.3. Des calendriers et des horizons de projection différents pour les prévisions d'un même exercice..... 339
- II.4. Des ajustements importants au fil du temps des perspectives financières portant sur un même exercice 342
 - II.4.1. *Des révisions importantes des hypothèses économiques, qui suivent en large part celles du consensus des prévisionnistes* 342
 - II.4.2. *Des écarts persistants entre les prévisions gouvernementales et celles d'autres organismes concernant des indicateurs importants pour les comptes sociaux*..... 345

III. Les questions que soulèvent les modes actuels d'élaboration des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale.....	347
III.1. <u>Un besoin de prévisions économiques et financières relatives aux régimes sociaux en début d'année, portant sur l'exercice clos et l'exercice en cours, et prenant en compte les mesures votées dans les lois financières</u>	348
III.2. <u>Des calendriers parfois mal synchronisés qui conduisent à une articulation imparfaite des exercices de prévision à court, moyen et long terme.....</u>	349
III.3. <u>Des approches en comptabilité nationale et en comptabilités spécifiques dont la réconciliation n'est pas toujours aisée</u>	350
III.4. <u>Des prévisions des différents régimes qui font apparaître des discordances à différents moments du temps, liées à leurs calendriers ou à leurs hypothèses globales et spécifiques..</u>	351
III.5. <u>Une articulation de perspectives financières « structurelles » et effectives, qui peut brouiller la compréhension de l'articulation des perspectives financières annuelles et pluriannuelles</u>	353
III.6. <u>Des hypothèses concernant la dynamique des dépenses et des recettes des différents régimes pas nécessairement partagées entre le gouvernement et les acteurs en charge du pilotage de ces dépenses</u>	354
IV. Les voies d'une amélioration de la coordination des exercices de projections économiques et financières entre régimes de protection sociale	356
IV.1. <u>La clarification et l'amélioration de la disponibilité des informations sur les comptes de la sécurité sociale en début d'année</u>	357
IV.2. <u>Une meilleure correspondance des calendriers et des horizons des projections des divers régimes afin de favoriser leur discussion et leur comparaison</u>	358
IV.3. <u>Des questionnements sur la décomposition entre évolutions structurelles et conjoncturelles dans les différents exercices de projection, et sur le rôle des différents textes législatifs en matière financière.....</u>	359
IV.4. <u>La mise en place de processus de concertation permettant d'explicitier les écarts éventuels entre les divers exercices de projection, s'étendant aux perspectives des dépenses sociales financées par l'État et les collectivités locales.....</u>	361
IV.5. <u>Quelles extensions du champ des lois de financement de la sécurité sociale ?</u>	362
Contributions des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le chapitre VI	365

Chapitre I

L'état des lieux actualisé du financement de la protection sociale

Ayant été chargé par le Premier Ministre d'une nouvelle réflexion sur les voies d'évolution du financement de la protection sociale, visant à sa simplification et sa meilleure lisibilité, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a jugé utile de débiter ses travaux par une actualisation de l'état des lieux du financement de la protection sociale réalisé en octobre 2012.

Une première actualisation de cet état des lieux avait déjà eu lieu en mars 2014. Outre le rappel du contexte économique et financier et des mesures de financement décidées en 2014, ce document comportait des développements sur la position compétitive de l'économie française, le rôle qu'y joue le coût du travail, et en son sein les cotisations et contributions sociales.

Pour la présente mise à jour, l'optique retenue est différente. La première partie n'évoque que rapidement les changements intervenus dans l'environnement économique et financier (I). La seconde partie décrit les mesures d'allégement des prélèvements sociaux décidées dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité », qui ont pris effet au 1^{er} janvier 2015, et les modalités de compensation de leur incidence financière aux régimes de sécurité sociale, dans la mesure où ces évolutions modifient la structure du financement de la protection sociale sur laquelle le Haut Conseil est appelé à réfléchir (II). La troisième partie aborde les autres changements intervenus ou décidés au cours de l'année 2014 (III). La dernière partie récapitule l'impact de ces changements sur les caractéristiques structurelles du financement de la protection sociale en 2015 afin d'éclairer les thèmes que le Premier Ministre demande au Haut Conseil d'étudier dans sa lettre du 21 octobre 2014 (IV).

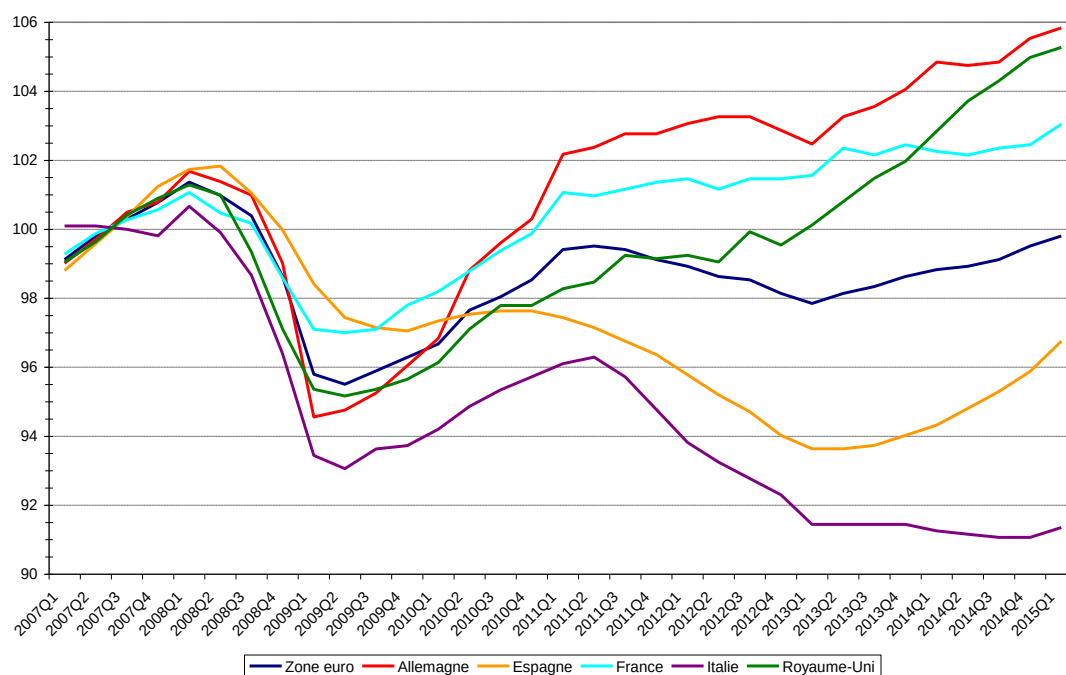
I. Le contexte économique et financier de la sécurité sociale en 2014 et 2015

Les tendances de l'activité économique et de l'emploi (I.1) ont eu au cours des dernières années une incidence directe sur les conditions de l'équilibre financier des régimes de protection sociale (I.2).

I.1. La conjoncture de l'économie française depuis le déclenchement de la crise économique et financière en 2007

A la fin 2014, le produit intérieur brut de la France en volume excédait d'à peine 2% son niveau de l'année 2007. La croissance est en particulier atone depuis le deuxième trimestre de 2013 (*cf.* graphique 1). En 2014, le produit intérieur brut a progressé de 0,4% en volume, soit au même rythme qu'en 2013. Cependant, la situation économique de la France paraît un peu meilleure que celle de l'ensemble de la zone euro, et surtout que celle des pays d'Europe du Sud où l'activité économique a fortement chuté au cours de la crise économique et financière et n'a que faiblement repris depuis lors.

Graphique 1
Évolution trimestrielle du PIB en volume dans quelques pays européens
(base 100 en 2007)

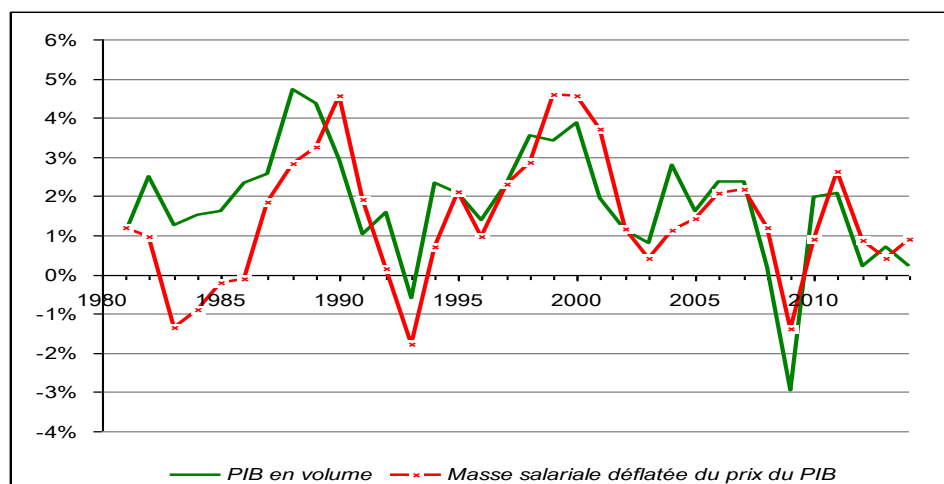


Note : données désaisonnalisées et corrigées des jours ouvrables.

Source : Eurostat.

Dans un contexte de croissance économique faible en moyenne au cours des sept années écoulées, l'emploi a connu une évolution défavorable. Depuis fin 2007, 550 000 emplois ont ainsi été perdus dans les secteurs marchands non agricoles. Cette dégradation s'inscrit dans un contexte où la productivité du travail a dans le même temps fortement ralenti. Par ailleurs, les salaires du secteur privé sont restés relativement dynamiques. Au total, la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources des régimes de protection sociale, a progressé légèrement plus vite que le PIB depuis 2012, mais à un rythme qui reste inférieur à 1% en termes réels et à 2% en valeur, contre plus de 4% dans la période antérieure à la crise (cf. graphique 2).

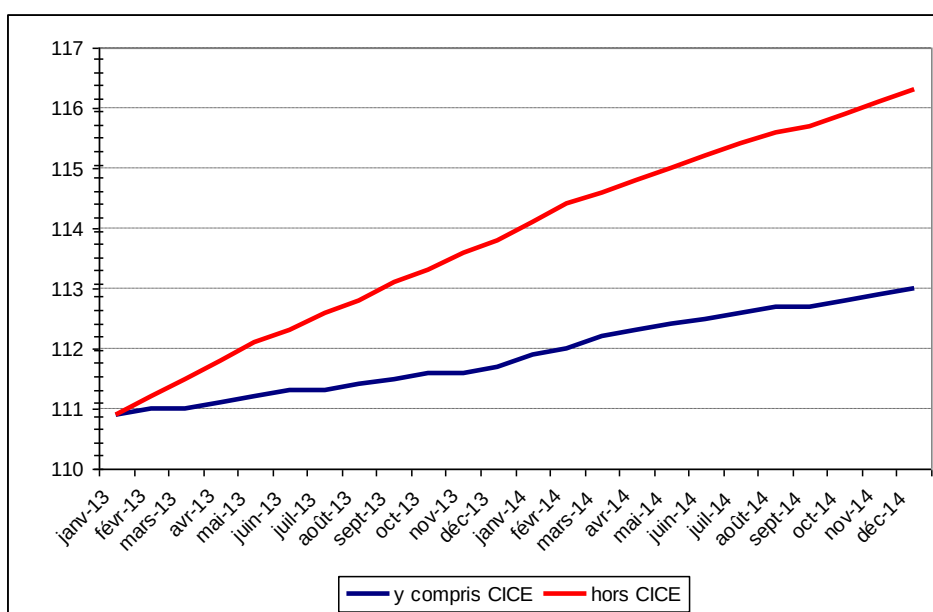
Graphique 2
Évolutions comparées du PIB et de la masse salariale



Source : Insee, Acoss.

Compte tenu de ces évolutions, le taux de marge des sociétés et entreprises individuelles non financières – ratio de leur excédent brut d’exploitation à leur valeur ajoutée – se situait fin 2014 un peu plus de trois points au-dessous de son niveau moyen sur la période précédant la crise. Cependant, le crédit d’impôt « compétitivité – emploi » (CICE, cf. Encadré 1), qui est traité en comptabilité nationale comme une subvention sur les salaires, ne commence à s’imputer qu’à partir de début 2014 sur les marges des entreprises. Il a toutefois commencé à exercer un impact sur le coût du travail dès sa création en 2013. Depuis cette date, l’Insee détaille l’incidence du CICE dans sa publication relative à l’indice du coût du travail, permettant ainsi de reconstituer un indice « hors CICE ». Ces deux indices sont représentés au graphique 3 ci-après pour l’industrie manufacturière. L’indice ralentit sensiblement depuis 2013 lorsque l’on intègre l’effet du crédit d’impôt.

Graphique 3
Evolution du coût horaire du travail dans l’industrie manufacturière
y compris et hors CICE (indice en base 100 en décembre 2008)



Source : Insee

Encadré 1
Le déploiement du crédit d’impôt « compétitivité-emploi » en 2014

Le crédit d’impôt « compétitivité-emploi » (CICE), créé en 2013, influe sur les coûts qui incombent à l’employeur au titre de la rémunération des salariés. En effet, bien qu’il ne participe pas directement du financement de la protection sociale, puisqu’il s’applique à l’impôt sur les sociétés ou sur le revenu, ce dispositif peut s’analyser économiquement comme une réduction du coût du travail pour les employeurs, dans la mesure où il est calculé par référence à la masse salariale versée par ces derniers.

La réduction, selon les cas, d’impôt sur les sociétés ou d’impôt sur le revenu, est égale à 4% en 2013, puis à 6% à partir de 2014, des salaires par l’entreprise à ceux de ses salariés dont la rémunération annuelle brute est inférieure à 2,5 Smic.

Dans son deuxième rapport de septembre 2014, le comité de suivi du crédit d’impôt « compétitivité-emploi », dont le secrétariat est assuré par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective, fournit de premiers éléments d’appréciation sur la mise en œuvre de ce dispositif.

(suite encadré 1)

En premier lieu, les informations aujourd'hui connues sur le recours au CICE par les entreprises évaluent son incidence financière pour les entreprises en 2013 et pour le budget de l'État à partir de 2014, à un montant un peu inférieur à la prévision initiale du Gouvernement : alors que ce dernier estimait à 13 Md€ les droits à CICE des entreprises au titre de 2013, l'ACOSS considère désormais que la créance calculée à partir des déclarations de salaires des entreprises est proche de 12 Md€. De son côté, l'administration fiscale, qui centralise au fur et à mesure les déclarations d'impôt sur les sociétés ou sur le revenu des entreprises, avait enregistré début septembre 2014 un montant cumulé de créance au titre du CICE de 8,7 Md€, laissant prévoir un montant final de l'ordre de 11 Md€.

Par ailleurs, un changement des règles de la comptabilité nationale modifie la prise en compte du CICE dans les comptes des administrations publiques. Alors que les entreprises inscrivent dans leurs comptes le CICE en produit dès l'exercice où le droit est né (c'est-à-dire l'exercice au cours duquel sont versés les salaires qui engendrent le droit à crédit), la totalité du CICE est désormais imputée dans les comptes publics l'année où les contribuables le déclarent fiscalement, c'est à dire en 2014 pour le CICE calculé sur les salaires versés en 2013, et non plus comme auparavant jusqu'à trois ans plus tard.

Le CICE bénéficie relativement plus aux entreprises de petite taille. Ainsi, 39% de l'assiette du CICE estimée par l'ACOSS est localisée dans les entreprises de moins de 50 salariés, où elle représente les trois quarts environ de l'assiette dé plafonnée des cotisations sociales. Cela illustre la plus forte part des faibles rémunérations dans les petites entreprises, lesquelles bénéficient de droits à CICE plus importants compte tenu du plafond de rémunération (2,5 SMIC) qui s'applique.

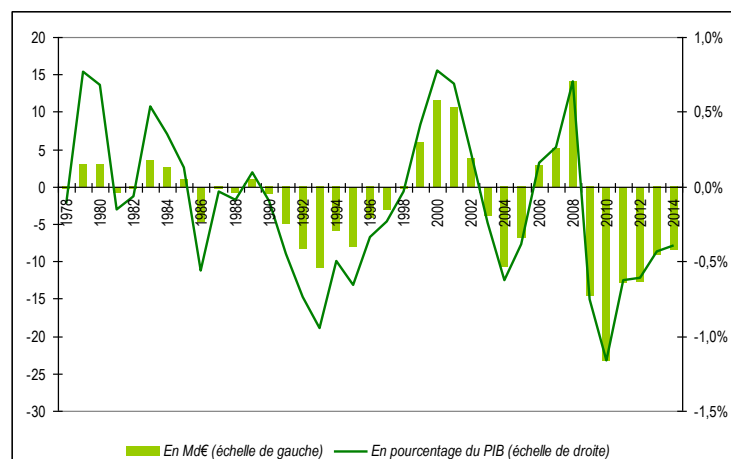
I.2. Une stabilisation des déficits des régimes de protection sociale

Le contexte macro-économique peu favorable a pour conséquence un ralentissement du rythme du redressement financier des régimes de protection sociale, dans la mesure où il affecte directement la dynamique des recettes, tandis que les dépenses connaissent des évolutions plus inertes. Cependant, le solde des administrations de sécurité sociale – qui regroupe dans les comptes nationaux les régimes de sécurité sociale, l'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaire et les hôpitaux publics – a connu une légère amélioration au cours des deux dernières années, passant de -0,6 point de PIB en 2012 à -0,4 en 2014 (cf. graphique 4). Cette tendance s'explique par des évolutions qui ont affecté tant les dépenses que les recettes des administrations de sécurité sociale :

- du côté des dépenses, les années 2013 et 2014 ont enregistré des évolutions contenues : respectivement +1,4% et +1,6% en termes réels (déflatées par le prix du PIB), à comparer avec un rythme annuel moyen de croissance de +2,5% en volume entre 1997 et 2007 ; le ralentissement des dépenses d'assurance maladie, accompagnant le respect d'un ONDAM lui-même fixé en progression moins rapide, et l'impact de la réforme des retraites de 2010 ont pu contribuer à cette inflexion ;
- du côté des recettes, la dynamique observée en 2013 et 2014 a été légèrement plus rapide : respectivement +2,1% et +1,8% en termes réels, à comparer à un rythme annuel moyen de progression de +2,7% dans la période précédente ; elle est la conséquence de mesures importantes de financement de la sécurité sociale, telles que la majoration du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (passés, y compris la CSG, de 12,1% à 15,5% entre 2010 et 2012), ou l'augmentation du « forfait social » (6%, en 2011, puis 8% au 1er janvier 2012, puis encore 20% au 1er août 2012) sur certains éléments d'assiette exemptés des cotisations sociales (« niches sociales »), ou encore les hausses des taux de cotisation aux régimes de retraite de base et complémentaires (cf. *infra*, Encadré 3).

Graphique 4

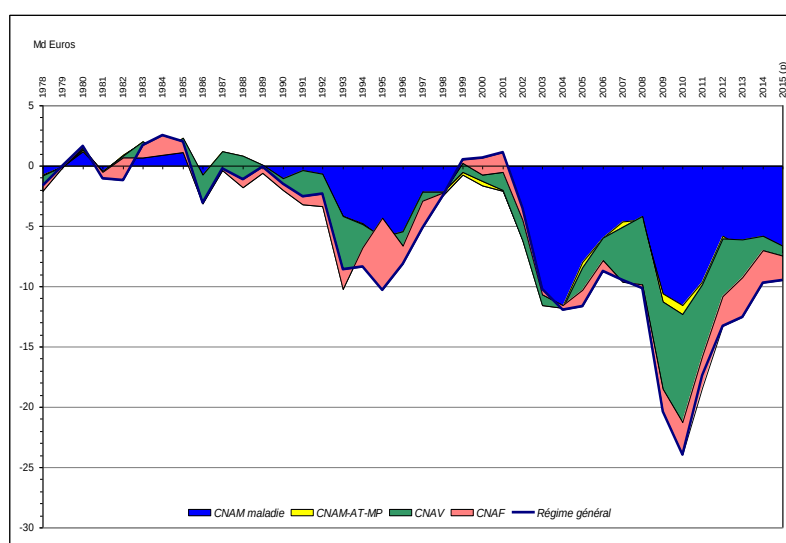
Évolution du besoin ou de la capacité de financement des administrations de sécurité sociale (en Md€ et en points de PIB)



Source : Insee, comptes nationaux.

Cette évolution s'observe également dans les tendances récentes du solde du régime général, principal régime de protection sociale. Au terme de l'exercice 2014, le régime général présentait un solde déficitaire de 9,7 Md€, contre 23,9 Md€ en 2010 (cf. graphique 5). L'amélioration a été particulièrement sensible pour les branches maladie et vieillesse, sous l'effet des mesures de dépenses et de recettes présentées ci-dessus. Le déficit de 2014 est également inférieur de 2 Md€ à la prévision associée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (11,7 Md€). Pour 2015, avec une hypothèse de progression de la masse salariale privée de 1,3% en valeur et un objectif de dépenses maladie dont l'évolution a été révisée à 2,05% dans le programme de stabilité 2015-2018 transmis à la Commission européenne en avril, le régime général pourrait dégager, selon les dernières prévisions présentées par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin, un déficit du même ordre qu'en 2014 (9,5 Md€), mais plus faible que celui prévu dans la loi de financement (10,5 Md€).

Graphique 5
Evolution du solde du régime général



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2015)

La conjoncture défavorable pèse d'un autre côté fortement sur les recettes et les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et de l'assurance chômage. En 2014, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse s'est accru de 0,6 Md€, passant à 3,5 Md€. Outre les effets de la conjoncture sur les recettes du Fonds, la hausse des transferts au titre des cotisations chômage a contribué à dégrader sa situation financière. En dépit des mesures de recettes prises dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (*cf. infra*, § II.2), le déficit du FSV devrait s'accroître encore en 2015 (3,6 Md€). Le régime d'assurance chômage devrait quant à lui connaître, d'après les prévisions de l'UNEDIC de juin 2015, un déficit de 3,8 Md€ en 2014 et de 4,6 Md€ en 2015.

II. Les allègements des prélèvements sociaux acquittés par les entreprises dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité », et leur compensation aux régimes de sécurité sociale

En matière de financement de la protection sociale, l'année 2014 a été marquée par d'importants changements au travers des mesures d'allègement des cotisations sociales acquittées par les employeurs et les travailleurs indépendants, qui s'ajoutent au crédit d'impôt « compétitivité-emploi » mis en œuvre en 2013.

Lors de sa déclaration de politique générale du 8 avril 2014, le Premier Ministre a présenté un « pacte de responsabilité et de solidarité », qui fixe l'objectif d'alléger de 10 Md€ les cotisations sociales à la charge des employeurs d'ici à 2016, dont 7,6 Md€ au titre d'une diminution de 1,8 point des cotisations patronales « famille » sur les rémunérations jusqu'à 3,5 SMIC, et de supprimer à l'horizon 2017 la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), dont le produit s'est élevé à 5,6 Md€ en 2013, et qui avait fait l'objet de critiques régulières quant à son assiette.

Un premier volet de ce programme, mis en œuvre dès 2015, a été adopté par le Parlement en 2014 : en juillet dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale en ce qui concerne les allègements des prélèvements sociaux, et en novembre dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 en ce qui concerne la compensation de l'incidence de ces allègements aux régimes de sécurité sociale. Ce processus législatif s'accompagne de la demande faite par le Gouvernement aux partenaires sociaux d'engager des négociations dans les branches professionnelles sur les contreparties à prévoir en termes d'emploi des allègements des prélèvements sociaux.

Les développements qui suivent présentent les allègements des prélèvements incombant aux entreprises qui ont fait l'objet d'une adoption en 2014 (II.1), puis les modalités de leur compensation aux régimes de sécurité sociale (II.2), en mobilisant à cette fin les informations présentées par le Gouvernement dans les études d'impact fournies à l'appui des projets de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

II.1. Les allégements des prélèvements sociaux incombant aux entreprises dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité »

La loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 met en œuvre dans ses articles 2 et 3 le premier volet des allégements des prélèvements sociaux annoncés par le Premier Ministre, à partir duquel les partenaires sociaux ont été invités à négocier dans les branches professionnelles des engagements en termes d'emploi.

Ces deux articles prévoient ainsi :

- une diminution des cotisations sociales à la charge des employeurs au titre du financement de la branche « famille » de la sécurité sociale, portant dans un premier temps sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC ;
- un renforcement des allégements généraux de cotisations sociales à la charge des employeurs du secteur privé, sur les salaires compris entre 1 et 1,6 SMIC ;
- une exonération des cotisations sociales personnelles dues par les travailleurs indépendants au titre du financement de la branche famille, sur les revenus de l'activité indépendante inférieurs à 130% du plafond de la sécurité sociale ;
- une première diminution de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) assise sur le chiffre d'affaires des entreprises, et dont la suppression a été annoncée à l'horizon 2017.

Le détail des dispositions qui sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2015 est précisé dans l'encadré 2 ci-dessous. Elles appellent par ailleurs les précisions suivantes :

- en premier lieu, il s'agit de mesures dont l'impact financier est estimé en 2015 par le Gouvernement à 6,3 Md€ (cf. Tableau 1), dont 6,1 Md€ s'imputant sur les ressources des régimes de sécurité sociale et du FSV et 0,2 Md€ sur celles de la CNSA, soulignant l'importance des enjeux de compensation aux régimes de sécurité sociale évoqués au § II.2 *infra* ;

Tableau 1
Impact financier des mesures d'allègement des prélèvements sociaux
du « pacte de responsabilité et de solidarité » adoptées en 2014

Mesure	Impact financier en 2015 (Md€)
Réduction des cotisations « famille »	3,7
Allègements supplémentaires des cotisations sociales sur les bas salaires	0,6
Exonération des cotisations sociales personnelles des travailleurs indépendants	1,0
Diminution de la contribution sociale de solidarité des sociétés	1,0
Total	6,3

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2014.

- en second lieu, les allègements de cotisations sociales sur les salaires sont concentrés en 2015 sur les rémunérations brutes inférieures à 1,6 SMIC ; ainsi que le Haut Conseil l'a souligné dans son point d'étape de mars 2014, l'analyse économique et les simulations macro-économiques laissent à cet égard anticiper un effet sur l'emploi des allègements de cotisations sociales plus substantiel lorsque ceux-ci s'appliquent aux salariés peu qualifiés ;
- enfin, la diminution du produit de la C3S, dans la perspective de la suppression de cette contribution en 2017, soulève l'enjeu spécifique de l'équilibre financier du régime social des indépendants (RSI), du régime des exploitants agricoles et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui bénéficiaient en 2013 de cette ressource pour des montants respectifs de 2,2 Md€, 1,4 Md€ et 2,0 Md€ ; s'agissant en particulier du RSI, les versements de C3S étaient jusqu'à présent calibrés en sorte de garantir l'équilibre financier de ce régime ; à cet égard, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 supprime l'affectation de la C3S au RSI, et prévoit son intégration financière au régime général (*cf. infra*, § II.2).

Encadré 2

Présentation détaillée des mesures d'allègement des prélèvements sociaux incombant aux entreprises adoptées en 2014

1. La diminution des cotisations « famille » à la charge des employeurs

Le Premier Ministre a annoncé dans sa déclaration de politique générale du 8 avril 2014 la réduction de 1,8 points de cotisations « famille » à la charge des employeurs pour les salaires inférieurs à 3,5 SMIC. La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 met en œuvre une première étape de la réalisation de cet objectif en opérant cette réduction de façon uniforme à hauteur de 1,8 points sur les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC. L'impact financier de cette mesure pour la branche famille du régime général est évalué par le Gouvernement à 3,7 Md€ en 2015.

2. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires

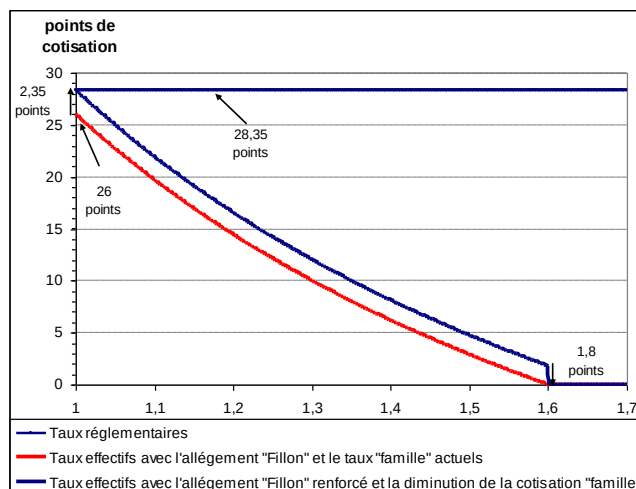
La mesure comporte deux volets :

- une refonte des allègements généraux sur les bas salaires, dits « Fillon », afin de permettre la suppression au niveau du SMIC des cotisations de sécurité sociale et assimilées : ainsi, dans le cas d'une entreprise de 20 salariés ou plus, à partir des 26 points de cotisations patronales de sécurité sociale aujourd'hui exonérés, l'allègement portera désormais sur l'ensemble des cotisations de sécurité sociale au titre de la maladie, de la vieillesse et de la famille (24,75 points compte tenu de la réduction du taux de cotisation « famille », *cf. supra*), auxquelles s'ajoutent un point de cotisations d'accidents du travail-maladies professionnelles représentatif de la part de ces cotisations non liée à la sinistralité propre de l'entreprise, 0,3 point de contribution de solidarité pour l'autonomie et 0,5 point de contribution due pour le financement du Fonds national d'aide au logement (FNAL), ces deux derniers prélèvements étant également recouverts par les URSSAF ; ce sont donc 26,55 points de cotisations et contributions qui seront exonérés au niveau du SMIC, s'ajoutant aux 1,8 points de cotisations « famille » supprimés de façon uniforme jusqu'à 1,6 SMIC ;
- la suppression de la distinction du montant de l'allègement selon la taille de l'entreprise : alors qu'elles bénéficient aujourd'hui d'un montant d'exonérations plus élevé (28,1 points), les entreprises de moins de 20 salariés seront désormais traitées comme les entreprises d'effectif supérieur, à l'exception de la contribution au financement du FNAL qui restera pour elles au taux de 0,1% ; de ce fait, le montant des cotisations exonérées atteindra pour les plus petites entreprises 26,15 points hors allègement des cotisations « famille », et 27,95 points en prenant en compte ce dernier ;

(suite encadré 2)

Graphique 6

Profil de l'allègement général de cotisations de sécurité sociale à la charge des employeurs en 2015 avant et après renforcement (cas d'une entreprise de 20 salariés ou plus)



Source : calculs HCFiPS.

Combinée avec la précédente, cette mesure supprime toute charge de sécurité sociale et assimilée recouvrée par les URSSAF au niveau du SMIC. A cet égard, le graphique 6 ci-dessus présente le profil des allègements de cotisations « URSSAF » en 2015 avant et après renforcement des allègements « Fillon » et diminution des cotisations « famille », pour une entreprise comptant 20 salariés ou plus.

La perte de recettes pour les régimes de sécurité sociale est évaluée par le Gouvernement à 0,6 Md€ en 2015, s'ajoutant aux 3,7 Md€ mentionnés précédemment, et consécutifs à la baisse uniforme de 1,8 points des cotisations « famille » sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC.

3. L'exonération des cotisations sociales personnelles acquittées par les travailleurs indépendants

Par souci d'équité vis-à-vis des travailleurs non salariés, et afin d'alléger les prélèvements sociaux sur les faibles revenus d'une activité indépendante, le Gouvernement a également décidé l'institution d'une exonération des cotisations « famille » dues par les travailleurs indépendants agricoles et non agricoles.

Cette exonération concerne les revenus d'activité indépendante inférieurs à 110% du plafond de la sécurité sociale (soit près de 42 000 € annuels au 1^{er} janvier 2015, ou environ trois fois le montant annualisé du SMIC), et sera égale à 3,1% du revenu assujéti. Un mécanisme de lissage est prévu afin d'éviter un effet de seuil : ainsi, le taux de l'exonération sera lissé linéairement pour les revenus compris entre 110% et 130% du plafond de la sécurité sociale, l'exonération s'annulant au-delà de ce dernier seuil de revenu.

La perte de recettes pour la branche famille du régime général consécutive à cette exonération s'élève à 1,0 Md€ selon l'estimation fournie par le Gouvernement.

4. La diminution de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

L'article 3 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 prévoit enfin une réduction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) acquittée par les entreprises. Cette contribution était acquittée au taux de 0,16% par les entreprises ayant la forme juridique de sociétés et dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 760 000 €. Son produit, qui s'est élevé à 5,6 Md€ en 2013, est réparti entre les régimes de sécurité sociale des travailleurs non salariés agricoles et non agricoles et le Fonds de solidarité vieillesse.

Une première diminution de cette contribution est instituée au moyen d'un abattement d'assiette fixé à 3,25 M€ en 2015, conduisant à exonérer de cette contribution les plus petites entreprises, et à alléger son poids sur les autres entreprises. La perte de recettes pour les régimes bénéficiaires de la C3S est évaluée par le Gouvernement à 1,0 Md€ en 2015.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait également une disposition instituant une réduction dégressive des cotisations sociales à la charge des salariés en fonction de leur rémunération. Cette réduction devait s'élever à 520€ par an pour un emploi à plein temps rémunéré au SMIC, et se réduire progressivement jusqu'à s'annuler pour une rémunération excédant de 30% le SMIC. Cependant, dans sa décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014, le Conseil Constitutionnel a jugé cette disposition contraire à la Constitution, au motif qu'elle entraînait une rupture de l'égalité entre assurés au regard de l'assujettissement aux cotisations sociales. Cette mesure, destinée à accroître le revenu disponible des ménages modestes, a été remplacée dans la loi de finances pour 2015 par la suppression de la première tranche de l'impôt sur le revenu, tandis que la création d'une « prime d'activité » se substituant à la prime pour l'emploi et au revenu de solidarité active – activité est en cours d'examen par le Parlement dans le cadre du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi, et entrera en vigueur en 2016.

II.2. Les opérations financières permettant notamment la compensation aux régimes de sécurité sociale des nouveaux allègements de cotisations sociales et de C3S

Lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 par le Parlement, le Gouvernement s'est engagé à assurer une compensation complète aux régimes de sécurité sociale des pertes de recettes induites par les allègements de prélèvements sociaux présentés ci-dessus.

En premier lieu, comme indiqué au § II.1, l'intégration financière du RSI au régime général règle la question de l'équilibre financier de ce régime : des dotations de la CNAM et de la CNAV se substitueront à la C3S, et le produit résiduel de cette contribution en 2015 et 2016 sera réparti entre la CNAM, la CNAV, la MSA et le FSV.

En second lieu, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 complète cette compensation, en coordination avec plusieurs articles de la loi de finances pour 2015. Outre la compensation des allègements des prélèvements sociaux supportés par les entreprises, ces dispositions prennent également en compte le transfert à l'assurance maladie du financement des formations médicales, prévu par la loi de finances pour 2015, dont l'impact financier s'élève à environ 140 M€ en 2015, ainsi que l'attribution aux régimes sociaux du supplément de recettes d'impôt sur le revenu consécutif à l'assujettissement des majorations de pensions de retraite à raison des enfants élevés. L'ensemble de ces mesures peut être décomposé en deux temps :

- tout d'abord, les mouvements financiers entre le budget de l'État et les comptes des régimes de sécurité sociale (II.2.1) ;
- ensuite, les mouvements financiers entre branches et régimes de sécurité sociale, visant à mieux répartir entre elles le besoin de financement global (II.2.2).

II.2.1. Les opérations financières entre l'État et la sécurité sociale

La loi de finances pour 2015 prévoit :

- l'attribution à la sécurité sociale de deux ressources nouvelles :
 - au bénéfice de la branche maladie du régime général, la totalité du prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et des placements qui bénéficiait jusqu'à présent aux opérateurs de l'État dans le domaine des politiques de protection sociale (Fonds national d'aide au logement, Fonds national des solidarités actives, Fonds de solidarité), en substitution d'une partie de la TVA nette jusqu'ici affectée à la CNAM (2,5 Md€) ; ces trois fonds recevront à hauteur correspondante un supplément de dotation budgétaire de l'État ;
 - au bénéfice du Fonds de solidarité vieillesse, l'affectation sous forme de fraction de TVA nette des gains de recettes d'impôt sur le revenu découlant de l'imposition des majorations de pensions de retraite à raison des enfants élevés (1,2 Md€) ;
- deux rectifications des périmètres d'intervention de l'État et de la sécurité sociale :
 - la réintégration dans le budget de l'État du total de la dépense au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), prestation en faveur des locataires d'un logement conventionné et de certains accédants à la propriété dont la branche famille de la sécurité sociale assurait jusqu'à présent une partie du financement (4,8 Md€ environ) ;
 - la prise en charge par le budget de l'État de la compensation des allègements de cotisations sociales maintenues dans les plus petites entreprises au titre des heures supplémentaires, l'État reprenant dans le même temps la fraction de TVA nette affectée jusqu'à présent à cette compensation (0,5 Md€).

Par ailleurs, le régime général percevra en 2015 un supplément de recettes issu de la disposition inscrite à l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui modifie les modalités de versement des prélèvements sociaux dus sur les indemnités versées aux salariés par des caisses de congés payés¹. A compter du 1^{er} avril 2015, ces prélèvements seront collectés à la source auprès des caisses de congés payés, au moment du paiement par les employeurs de leurs cotisations à ces caisses. Cette opération entraînera un gain de recettes pour le régime général de 1,5 Md€ en 2015.

Cet ensemble de mesures de recettes et de dépenses représente pour les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV un apport financier supérieur à la perte de recettes induite par les nouveaux allègements de prélèvements sociaux. L'équilibre global des ressources nouvelles bénéficiant à la sécurité sociale et des pertes de recettes liées à ces allègements est de ce fait assuré par un ajustement de la fraction de TVA nette affectée au régime général. Il se traduit par une restitution de 1,7 Md€ de TVA nette au budget de l'État² : ainsi, au lieu de 12,3 Md€ en 2015 au titre

¹ De tels dispositifs existent dans les secteurs du bâtiment, du spectacle, des transports et de la manutention portuaire.

² D'un côté, la rebudgétisation de l'APL et la mesure relative aux caisses de congés payés équilibrent presque exactement (à 30 M€ près) les pertes de recettes liées aux nouveaux allègements des prélèvements sociaux, et

de ce prélèvement, comme le prévoyait le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2014, la fraction de TVA affectée au régime général s'élèvera à 10,6 Md€. Les régimes de sécurité sociale et la CNSA, pris globalement, verront leur situation financière inchangée *ex ante* suite à la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité » et du transfert à l'assurance maladie du financement des formations médicales.

Le FSV, quant à lui, bénéficiera, conformément au schéma de financement de la réforme des retraites de janvier 2014, de 1,2 Md€ supplémentaires correspondant au supplément d'impôt sur le revenu découlant de l'imposition des majorations de pensions.

II.2.2. Les transferts entre branches et régimes

S'agissant ensuite des transferts entre branches et régimes, le tableau 2 suivant présente les incidences financières pour chacun d'entre eux de l'ensemble des mesures du PLF et du PLFSS 2015, selon l'évaluation fournie par le Gouvernement dans l'étude d'impact accompagnant le PLFSS 2015.

Tableau 2
Impact des mesures du PLF et du PLFSS 2015
sur les comptes des branches et régimes de sécurité sociale

	Régime général					MSA	Ensemble des régimes de base	FSV	CNSA
	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAV	CNAF	Ensemble				
Mesures du pacte de responsabilité et de solidarité	-1,3	0,0	-1,0	-3,6	-5,9	-0,1	-6,0	-0,1	-0,2
- diminution des cotisations employeurs "famille"				-3,7	-3,7		-3,7		
- renforcement des allègements généraux	-0,7	0,0	-0,7	1,1	-0,3	-0,1	-0,3		-0,2
- exonération des cotisations "famille" des travailleurs indépendants				-1,0	-1,0		-1,0		
- abattement de C3S et intégration financière du RSI	-0,5		-0,3		-0,9		-0,9	-0,1	
Mesures compensant le pacte de responsabilité et de solidarité	0,6	0,0	0,6	5,0	6,2		6,2	0,0	
- réforme du versement des cotisations des caisses de congés payés	0,6	0,0	0,6	0,2	1,4		1,4	0,0	
- rebudgétisation de l'APL				4,8	4,8		4,8		
Autres mesures du PLF 2015	2,6	0,1	0,2	0,1	2,9		2,9		
- transfert du prélèvement de solidarité	2,5				2,5		2,5		
- transfert du financement des formations médicales	-0,1				-0,1		-0,1		
- rebudgétisation des allègements "heures supplémentaires"	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5		0,5		
Ajustement de la fraction de TVA nette	-1,3	-0,1	-0,2	-0,1	-1,7		-1,7		
Transferts de recettes entre branches et régimes	-0,6	0,0	0,4	-1,3	-1,5	0,1	-1,4	1,3	0,2
- droits de consommation sur les tabacs	-0,3				-0,3	0,1	-0,2		0,2
- contribution sociale de solidarité des sociétés	-0,4		0,4		0,0		0,0		
- taxe sur les salaires				-1,3	-1,3		-1,3	1,3	
Impact net des mesures du PLF et du PLFSS 2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0

Source : étude d'impact accompagnant le PLFSS 2015.

il y a lieu de tenir compte du coût pour la sécurité sociale du transfert à l'assurance maladie du financement des formations médicales (140 M€). D'un autre côté, l'attribution du prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et des placements et la rebudgétisation de la compensation des allègements « heures supplémentaires » améliorent de 3 Md€ la situation financière *ex ante* de la sécurité sociale, dont il faut déduire les 1,2 Md€ supplémentaires qu'il est prévu d'attribuer au FSV au titre de l'imposition des majorations de pensions. La consolidation de ces mesures se traduit donc par une restitution de TVA nette de 1,7 Md€ au budget de l'État (aux arrondis près).

Chacune des branches du régime général, la MSA et la CNSA voient leur situation financière prévisionnelle *ex ante* pour 2015 inchangée, suite aux nouveaux allègements de prélèvements sociaux votés en 2014, le FSV se voyant attribuer un surplus de recettes de 1,2 Md€. Ce résultat est obtenu au moyen des transferts suivants :

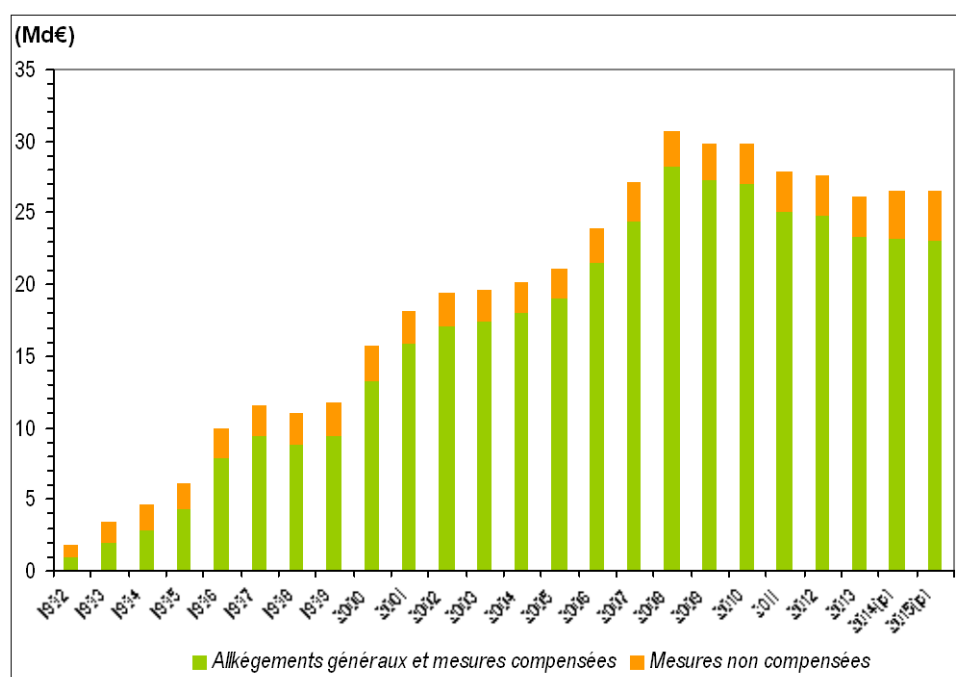
- la CNAF est la plus directement affectée par les nouvelles mesures d'allègement³ ; en contrepartie, elle voit ses charges diminuées par la rebudgétisation de l'aide personnalisée au logement ; le solde de ces opérations étant positif pour la branche « famille », elle restitue une fraction de taxe sur les salaires au FSV ;
- la CNAM est affectée par l'intégration financière de la branche maladie du RSI, par le renforcement des allègements généraux et par le transfert du financement des formations médicales ; en contrepartie, elle reçoit l'intégralité du prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et des placements et bénéficie de la mesure relative aux caisses de congés payés ; comme dans le cas de la CNAF, ces recettes nouvelles excèdent les pertes de recettes liées aux allègements ; elle est de ce fait à l'origine de la plus grande part de la restitution à l'État des 1,7 Md€ de TVA nette, et transfère à la CNAV une partie de la C3S qui lui avait été affectée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 ;
- la CNAV voit également sa situation modifiée par l'intégration financière de la branche « vieillesse » du RSI et le renforcement des allègements généraux ; c'est l'apport d'une fraction supplémentaire de C3S, en provenance de la CNAM, qui permet d'assurer la neutralité financière de ces mesures sur ses comptes prévisionnels pour 2015 ;
- le FSV améliore sa situation financière grâce à un apport supplémentaire de taxe sur les salaires que percevait jusqu'à présent la CNAF, qui correspond au produit supplémentaire d'impôt sur le revenu consécutif à l'assujettissement des majorations de pensions de retraites à raison des enfants élevés (1,2 Md€) ;
- enfin, le régime des salariés agricoles et la CNSA sont concernés de façon plus limitée par le renforcement des allègements généraux ; ils bénéficient en contrepartie de montants supplémentaires de droits de consommation sur les tabacs que leur restitue la CNAM.

Il est à noter que, si les mouvements ainsi organisés correspondent en prévision à la compensation intégrale *ex ante* des pertes de recettes et des surcroîts de dépenses décidés en 2015 pour les régimes de sécurité sociale et la CNSA, ils ne comportent à ce stade aucune disposition relative aux exercices ultérieurs. La compensation des nouveaux allègements de prélèvements sociaux emprunte à cet égard des modalités identiques à celles retenues en 2011, année où il a été mis fin à la compensation à l'euro près des allègements généraux et institué l'affectation définitive d'un panier de recettes fiscales aux régimes de sécurité sociale.

³ La branche « famille » subit directement l'impact de la diminution des cotisations « patronales » sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC et la réduction des cotisations personnelles des travailleurs indépendants. Cet impact est toutefois atténué au titre du renforcement des allègements généraux, car ceux-ci sont imputés aux différentes branches en fonction des taux réglementaires de cotisations qui leur sont propres. La baisse de 1,8 point du taux des cotisations patronales « famille » a ainsi pour effet de réduire la part des allègements généraux qui sont imputés cette branche.

Le graphique 7 suivant récapitule l'évolution du montant des exonérations selon qu'elles sont compensées ou non à la sécurité sociale. A cet égard, la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité » devrait se traduire en 2015 par une légère augmentation des mesures compensées, sous l'effet du renforcement des allègements généraux sur les bas salaires.

Graphique 7
Evolution du montant des exonérations de cotisations sociales
compensées et non compensées aux régimes de sécurité sociale



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2015).

III. Les autres évolutions affectant le financement de la protection sociale

Si la mise en œuvre du « programme de responsabilité et de solidarité » et les modalités de la compensation de ses incidences financières sur les comptes des régimes de sécurité sociale a marqué le déroulement de l'année en cours, il y a également lieu de mentionner d'autres évolutions qui affectent le financement de la protection sociale, dont certaines ont déjà produit des effets dans la période récente.

On évoquera ainsi :

- les tendances de l'assiette et des taux des cotisations sociales en 2015 et au-delà (III.1) ;
- les changements qui sont apportés à partir de 2015 aux conditions d'assujettissement des revenus de remplacement à la CSG (III.2) ;
- l'impulsion donnée par les pouvoirs publics en 2014 à l'allègement des formalités administratives, notamment en matière sociale, et à la simplification du bulletin de paie (III.3).

III.1. L'évolution présente et future de l'assiette et des taux des cotisations sociales

La dynamique des cotisations sociales, qui représentent les deux tiers des ressources des régimes de protection sociale, est guidée par les évolutions qui affectent d'une part leur assiette (III.1.1), et d'autre part leur taux (III.1.2).

III.1.1. *L'évolution de l'assiette des cotisations sociales*

A côté des modifications apportées en 2014 aux allègements de cotisations, détaillées dans la partie II précédente, quelques commentaires peuvent être apportés à l'évolution des assiettes exemptées de cotisations sociales, dites aussi « niches sociales ».

D'une façon générale, comme le montre le tableau 3 ci-dessous, les pertes d'assiette consécutives aux différents dispositifs d'exemption des cotisations sociales restent orientées à la hausse en montant, mais tendent à se stabiliser en part de la masse salariale du secteur privé (9,2% prévus en 2013). Plus précisément, les montants relatifs à l'épargne salariale – participation, intéressement, épargne d'entreprise, stock-options – sont en légère baisse depuis le début de la présente décennie, alors que ceux afférents à la prévoyance et à la protection complémentaire en entreprise, aux accessoires de salaires (titres restaurants, chèques vacances, prestations des comités d'entreprises, CESU) et aux indemnités de rupture continuent de progresser.

Tableau 3
Les exemptions d'assiette des cotisations sociales en 2015

Dispositifs	Montants de la perte d'assiette (Md€)				Montants rapportés à la masse salariale (%)
	2012	2013	2014(p)	2015 (p)	2013
I. Participation financière et actionnariat salarié	17,1	16,5	16,3	16,3	3,2%
Dont : Participation	6,8	6,4	6,4	6,4	1,2%
Intéressement	7,2	7,5	7,5	7,5	1,4%
Plan d'Epargne en Entreprises (PEE)	1,5	1,5	1,5	1,5	0,3%
Stock options	1,7	1,2	1,0	1,0	0,2%
II. Protection sociale complémentaire en entreprise	17,9	18,5	18,9	19,7	3,6%
Dont : Prévoyance complémentaire*	14,3	14,9	15,2	16,0	2,9%
Retraite supplémentaire	3,2	3,0	3,2	3,2	0,6%
Plan d'épargne retraite collective	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1%
III. Aides directes consenties aux salariés	7,0	7,1	7,2	7,4	1,4%
Dont : Titres restaurant	2,9	3,0	3,0	3,1	0,6%
Chèques vacances	0,8	0,9	0,9	1,0	0,2%
Avantages accordés par les comités d'entreprises	2,9	2,9	2,9	2,9	0,5%
CESU	0,3	0,3	0,4	0,4	0,1%
IV. Indemnités de rupture	4,7	5,0	5,3	5,5	1,0%
Dont : Indemnités de licenciement	3,8	4,0	4,3	4,5	0,8%
Indemnités de mise à la retraite	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0%
Indemnités de rupture conventionnelle	0,8	0,9	0,9	1,0	0,2%
V. Prime dividendes	0,6	0,6	0,6	0,6	0,1%
VI. Divers (droits à l'image des sportifs)	-	-	-	-	-
TOTAL	47,4	47,6	49,2	49,5	9,2%

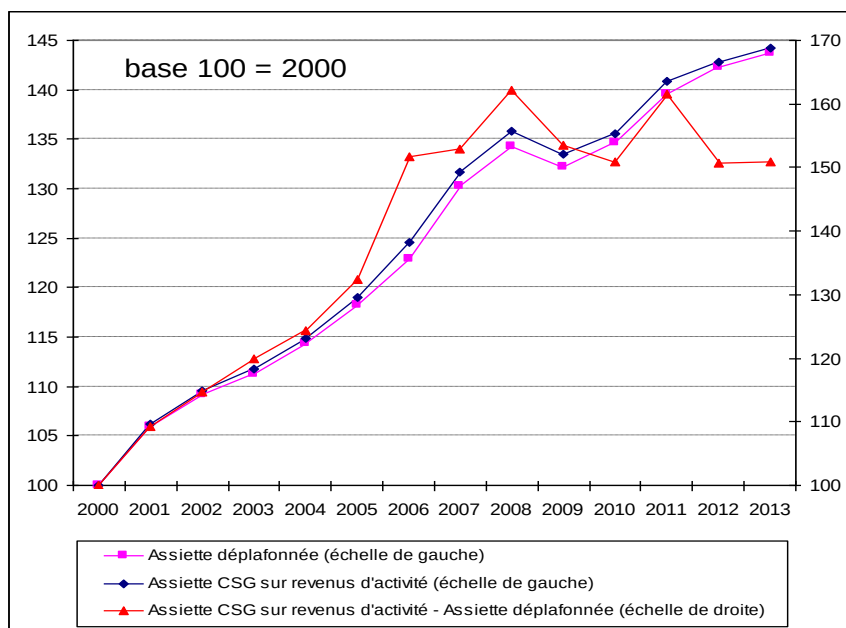
* hors indemnités décès versées par les mutuelles.

Source : programme de qualité et d'efficacité « Financement » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Ces évolutions différenciées peuvent être mises en relation avec la mise en œuvre de la principale mesure décidée au cours des dernières années afin de maîtriser l'évolution des exemptions d'assiette : la création d'un « forfait social » assis sur ces revenus. Depuis le 1^{er} août 2012, le taux de ce prélèvement s'élève à 20% sur l'épargne salariale et la retraite supplémentaire, et à 8% sur la prévoyance complémentaire. Les accessoires de salaire et les indemnités de rupture restent quant à eux exonérés de cotisations sociales (et de CSG pour les premiers), en l'absence de « forfait social » s'appliquant à ces prestations.

Le graphique 8 suivant illustre indirectement la dynamique des assiettes exemptées en comparant la progression depuis 2000 de l'assiette de la CSG et des cotisations déplafonnées et de l'assiette de la CSG. L'écart entre les deux approxime les revenus exemptés de l'assujettissement aux cotisations sociales. Une rupture dans l'évolution de cette dernière assiette paraît effectivement s'être produite en 2008, année de l'institution du forfait social, et la diminution de 7% observée en 2012, suivie ensuite par une stabilisation, peut être mise en relation avec les deux hausses de taux (8% puis 20%) intervenues au cours de cette année.

Graphique 8
Évolutions respectives des assiettes de la CSG et des cotisations sociales,
et de l'écart entre les deux



Source : ACOSS.

III.1.2. L'évolution des taux des cotisations sociales

S'agissant ensuite des taux des cotisations sociales, Les tableaux 4a et 4b suivants présentent les taux des cotisations sociales, contributions sociales et autres prélèvements sociaux sur les salaires bruts, à la charge des employeurs et des salariés du secteur privé, pour les salariés non-cadres et cadres, qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

Tableau 4a
Taux des cotisations sociales, des contributions sociales
et des taxes assises sur les salaires bruts au 1er janvier 2015
(cas d'un salarié non cadre d'une entreprise de plus de 20 salariés,
dont la rémunération brute est supérieure à 1,6 SMIC)

Salariés non cadres	Taux de cotisation (% du salaire brut)		
	Salarié	Employeur	Total
Cotisations de sécurité sociale	7,90%	30,79%	38,69%
dont maladie, maternité, invalidité, décès	0,75%	12,80%	13,55%
dont vieillesse plafonnée	6,85%	8,50%	15,35%
dont vieillesse déplafonnée	0,30%	1,80%	2,10%
dont allocations familiales		5,25%	5,25%
dont accidents du travail-maladies professionnelles (taux moyen)		2,44%	2,44%
Contributions de sécurité sociale	7,72%	0,30%	8,02%
dont CSG déductible (sur 98,25% du salaire brut)	5,01%		5,01%
dont CSG non déductible (sur 98,25% du salaire brut)	2,36%		2,36%
dont CRDS (sur 98,25% du salaire brut)	0,49%		0,49%
dont contribution de solidarité pour l'autonomie		0,30%	0,30%
Autres cotisations, contributions ou taxes recouvrées par les URSSAF (hors maladie Alsace-Moselle et chômage)		3,20%	3,20%
dont cotisation FNAL		0,50%	0,50%
dont versement transport (Paris)		2,70%	2,70%
Chômage	2,40%	4,30%	6,70%
dont assurance chômage (jusqu'à quatre plafonds SS)	2,40%	4,00%	6,40%
dont Fonds de garantie des salaires (jusqu'à quatre plafonds SS)		0,30%	0,30%
Retraite complémentaire	3,90%	5,85%	9,75%
dont ARRCO tranche 1 (jusqu'au plafond SS)	3,10%	4,65%	7,75%
dont ARRCO tranche 2 (de un à trois plafonds SS)	8,10%	12,15%	20,25%
dont AGFF tranche 1 (jusqu'au plafond SS)	0,80%	1,20%	2,00%
dont AGFF tranche 2 (de un à trois plafonds SS)	0,90%	1,30%	2,20%
Contributions diverses (hors dépenses libératoires)		2,13%	2,13%
dont taxe d'apprentissage (hors contribution supplémentaire)		0,68%	0,68%
dont participation à la formation professionnelle		1,00%	1,00%
dont participation à l'effort de construction		0,45%	0,45%
Total des cotisations, contributions et taxes	21,92%	46,57%	68,49%

Note : les totaux portent sur les prélèvements au niveau du plafond de la sécurité sociale.

Source : Direction de la sécurité sociale.

Tableau 4b
Taux des cotisations sociales, des contributions sociales
et des taxes assises sur les salaires bruts au 1er janvier 2015
(cas d'un salarié cadre d'une entreprise de plus de 20 salariés,
dont la rémunération brute est supérieure à 1,6 SMIC)

Salariés cadres	Taux de cotisation (% du salaire brut)		
	Salarié	Employeur	Total
Cotisations de sécurité sociale	2,76%	24,42%	27,18%
dont maladie, maternité, invalidité, décès	0,75%	12,80%	13,55%
dont vieillesse plafonnée	6,85%	8,50%	15,35%
dont vieillesse déplafonnée	0,30%	1,80%	2,10%
dont allocations familiales		5,25%	5,25%
dont accidents du travail-maladies professionnelles (taux moyen)		2,44%	2,44%
Contributions de sécurité sociale	7,72%	0,30%	8,02%
dont CSG déductible (sur 98,25% du salaire brut)	5,01%		5,01%
dont CSG non déductible (sur 98,25% du salaire brut)	2,36%		2,36%
dont CRDS (sur 98,25% du salaire brut)	0,49%		0,49%
dont contribution de solidarité pour l'autonomie		0,30%	0,30%
Autres cotisations, contributions ou taxes recouvrées par les URSSAF (hors maladie Alsace-Moselle et chômage)		3,20%	3,20%
dont cotisation FNAL		0,50%	0,50%
dont versement transport (Paris)		2,70%	2,70%
Chômage	2,42%	4,34%	6,76%
dont assurance chômage (jusqu'à quatre plafonds SS)	2,40%	4,00%	6,40%
dont APEC (recouvrée par l'AGIRC)	0,02%	0,04%	0,06%
dont Fonds de garantie des salaires (jusqu'à quatre plafonds SS)		0,30%	0,30%
Retraite complémentaire	7,63%	12,22%	19,85%
dont ARRCO tranche A (jusqu'au plafond SS)	3,10%	4,65%	7,75%
dont AGIRC tranche B (de un à quatre plafonds SS)	7,80%	12,75%	20,55%
dont AGIRC tranche C (de quatre à huit plafonds SS)	7,80%	12,75%	20,55%
dont cotisation exceptionnelle temporaire (jusqu'à huit plafonds SS)	0,13%	0,22%	0,35%
dont AGFF tranche A (jusqu'au plafond SS)	0,80%	1,20%	2,00%
dont AGFF tranche 2 (de un à quatre plafonds SS)	0,90%	1,30%	2,20%
Contributions diverses (hors dépenses libératoires)		2,13%	2,13%
dont taxe d'apprentissage (hors contribution supplémentaire)		0,68%	0,68%
dont participation à la formation professionnelle		1,00%	1,00%
dont participation à l'effort de construction		0,45%	0,45%
Total des cotisations, contributions et taxes	20,54%	46,60%	67,14%

Note : les totaux portent sur les prélèvements moyens au niveau de quatre plafonds de la sécurité sociale, compte tenu des règles de plafonnement.

Source : Direction de la sécurité sociale.

Si les taux des prélèvements sociaux assis sur les salaires sont globalement stables depuis une vingtaine d'années, sachant que s'y imputent par ailleurs des allègements de cotisations employeurs qui ont fortement progressé dans la période, certaines évolutions à la hausse sont intervenues récemment, destinées au financement des retraites, qui atténuent légèrement ce constat (cf. encadré 3).

Encadré 3

Les augmentations programmées des cotisations au titre du financement des retraites de base et complémentaires

Des augmentations des taux des cotisations sociales au titre du financement des retraites, à la charge des employeurs et des salariés, ont été décidées depuis 2012. Elles portent à la fois sur les cotisations aux régimes de base d'assurance vieillesse et sur celles aux régimes complémentaires de retraite des salariés du secteur privé :

- S'agissant tout d'abord des retraites de base, un relèvement des taux des cotisations d'assurance vieillesse du régime général et des régimes alignés a été décidé à compter du 1er novembre 2012, afin de financer la mesure d'élargissement de l'accès à la retraite anticipée pour carrières longues entrée en vigueur à la même date ; ce relèvement s'opérera en quatre étapes (1er novembre 2012, 1er janvier 2014, 1er janvier 2015 et 1er janvier 2016), et entraînera à son terme une augmentation de 0,5 point des cotisations vieillesse plafonnées, partagée à parts égales entre employeurs et salariés. Au 1er janvier 2015, l'effet cumulé des trois premières hausses s'établit à 0,4 point de la cotisation vieillesse plafonnée ; toutefois, la hausse des cotisations sociales vieillesse à la charge des employeurs du 1^{er} janvier 2014 (+0,15 point) a été compensée à due concurrence par une baisse de la cotisation patronale au titre des allocations familiales.

Par ailleurs, le décret du 27 décembre 2013, traduisant les objectifs financiers fixés dans la loi du 20 janvier 2014 garantissant la justice et l'avenir du système de retraites, met en œuvre une augmentation de 0,3 point de la cotisation vieillesse déplafonnée du régime général, répartie à parts égales entre les employeurs et les salariés. Les perspectives financières tracées dans la réforme des retraites prévoient en outre trois augmentations supplémentaires de cette cotisation, de 0,1 point chacune à raison de 0,05 point pour les employeurs et pour les salariés, au 1er janvier 2015, au 1er janvier 2016 et au 1er janvier 2017.

Des augmentations des taux de cotisation entrent également en vigueur dans les régimes spéciaux de retraite, dont ceux des agents de la fonction publique, au titre des deux dispositions précédentes ainsi que de la convergence des taux de cotisation retraite à la charge des salariés des secteurs privé et public vers une valeur de 10,55% en 2020.

- En second lieu, les partenaires sociaux gestionnaires des régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC ont conclu en mars 2013 un accord national interprofessionnel révisant les conditions de l'équilibre financier de ces régimes à l'horizon 2015, et procédant dans ce cadre à une augmentation de 0,25 point des cotisations sociales bénéficiant à ces régimes (assises sur les salaires jusqu'à huit fois le plafond de la sécurité sociale), en deux étapes successives au 1er janvier 2014 et au 1er janvier 2015 (+0,15 point pour les employeurs et +0,10 point pour les salariés).

III.2. Les changements apportés à partir de 2015 aux conditions d'assujettissement des revenus de remplacement à la CSG

L'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 met en œuvre une réforme des règles d'assujettissement des revenus de remplacement à la contribution sociale généralisée, qui intéresse notamment le Haut Conseil du financement de la protection sociale au titre des réflexions qu'il a conduites sur la progressivité des barèmes des prélèvements sociaux.

Jusqu'à présent, les revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, rentes d'accidents du travail, indemnités chômage) pouvaient être exonérés ou assujettis à la CSG, et l'étaient dans ce cas soit à un taux « réduit » de 3,8%, soit au taux « normal » de 6,6% sur les pensions de retraite et 6,2% sur les autres revenus. Les règles d'exonération et d'assujettissement au taux « réduit » étaient complexes, car elles combinaient un critère de ressources fondé sur le revenu fiscal de référence et une règle de montant minimal dû d'impôt sur le revenu. Dans le cas des prestations d'indemnisation du chômage, une règle supplémentaire d'exonération des prestations inférieures au SMIC net s'appliquait de surcroît.

Ce dispositif permettait d'introduire une certaine progressivité de la CSG sur les revenus de remplacement, en tenant compte, comme l'exige la jurisprudence du Conseil constitutionnel, de la totalité des revenus et de la composition des foyers fiscaux.

Cependant, il souffrait de deux inconvénients :

- d'une part, la prise en compte du montant dû d'impôt sur le revenu pour la détermination de l'assujettissement au taux « normal » pouvait être jugée inéquitable, car elle incorpore l'impact des réductions d'impôt, bénéficiant parfois à des contribuables aisés ;
- d'autre part, les changements affectant d'une année sur l'autre les droits à réductions d'impôt sur le revenu entraînaient une volatilité importante des taux de CSG applicables d'une année sur l'autre, entraînant des effets de seuil d'autant plus marqués que les taux de CSG « réduit » et « normal » s'appliquent au premier euro de revenu de remplacement perçu ; ainsi, en 2013, près de 10% des retraités du régime général se sont vu appliquer un taux de CSG différent de celui auquel ils étaient assujettis en 2012.

Les dispositions de l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 visent à supprimer le premier de ces inconvénients et à limiter la portée du second. Elles prévoient désormais que c'est le seul critère du revenu fiscal de référence qui sera pris en compte pour l'exonération et l'application du taux « réduit » ou « normal » de la CSG sur les revenus de remplacement. Des seuils de revenu fiscal de référence sont fixés en tenant compte de la composition du foyer fiscal, de sorte que le montant prévisionnel pour 2015 du produit de la CSG sur les revenus de remplacement soit identique au produit qui aurait résulté de la législation antérieure. Selon l'étude d'impact fournie par le Gouvernement en appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, 700 000 personnes, dont la grande majorité appartenant aux troisième, quatrième et cinquième déciles de niveau de vie, bénéficieront du taux « réduit » de CSG alors qu'elles auraient été assujetties au taux « normal » avec la législation antérieure. A l'inverse, 460 000 personnes, appartenant pour l'essentiel à la moitié supérieure de la distribution des revenus, devront supporter le taux « normal » de CSG alors que les règles antérieures leur auraient permis de bénéficier du taux « réduit ».

III.3. La démarche de simplification des formalités sociales et du bulletin de paie

Les pouvoirs publics ont enfin lancé en 2014 une démarche de simplification des relations entre les particuliers et les entreprises d'une part, et l'administration d'autre part, qui a des implications dans le domaine de la protection sociale. Deux projets en cours ont en effet des répercussions significatives :

- le déploiement de la « déclaration sociale nominative » (DSN), qui doit permettre à terme de fusionner les différentes déclarations sociales existantes dans un seul document simplifié et dématérialisé : ce document remplace déjà plusieurs attestations comme celles relatives au versement des indemnités journalières de maladie ou destinées à Pôle Emploi ; à compter de 2015, elle intègre la déclaration unifiée de cotisations sociales, et remplacera en 2016 la plupart des déclarations sociales et sera rendue obligatoire ; dans le domaine du recouvrement des prélèvements sociaux, l'information nominative qu'elle comportera permettra d'améliorer les contrôles et les redressements éventuels, et de mieux prendre en compte leurs conséquences sur les droits sociaux des assurés ;

- la simplification du bulletin de paie, qui a donné lieu à une démarche présentée au conseil des ministres du 3 décembre 2014 et concertée avec les partenaires sociaux et les professionnels, dans le cadre d'un groupe de travail présidé par M. Jean-Christophe Sciberras (*cf. infra*, § IV).

IV. De nouvelles modalités de financement de la protection sociale, qui appellent une relance de la réflexion sur sa simplification et l'amélioration de sa lisibilité

Les changements intervenus dans la période récente aboutissent à des modalités de financement de la protection sociale pour partie différentes de celles que le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait analysées dans ses précédents travaux. Leur description éclaire les sujets de réflexion mentionnés dans la lettre de saisine du Premier Ministre du 21 octobre 2014, en termes d'enjeux de simplification et de lisibilité des prélèvements sociaux.

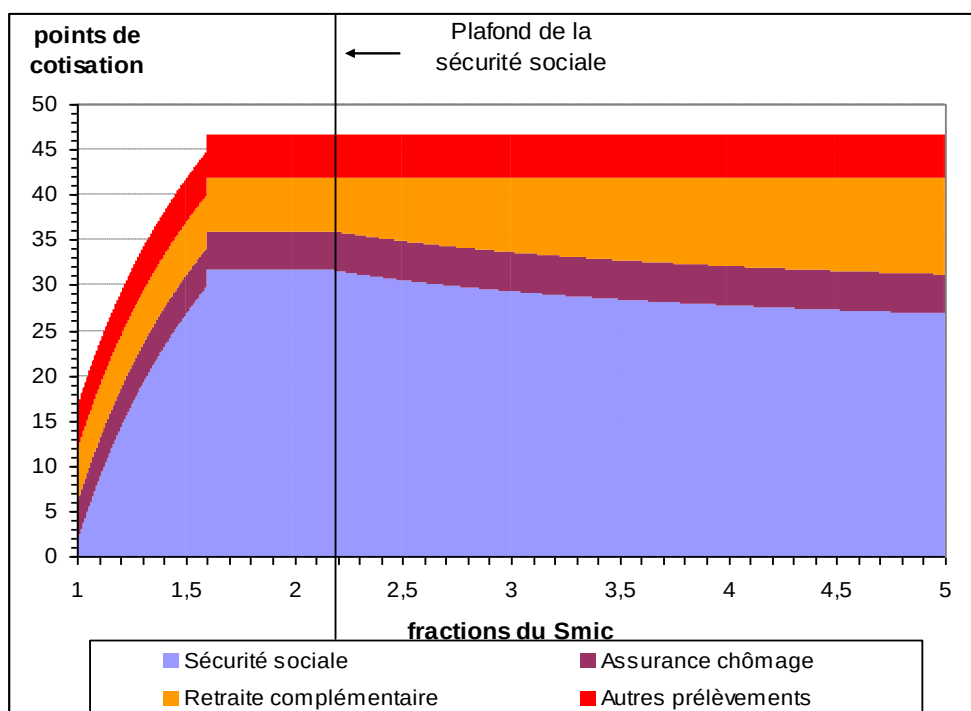
IV.1. Le profil des cotisations sociales

Le diagnostic établi dans les développements précédents permet d'identifier une conséquence importante des aménagements des allègements des prélèvements sociaux en faveur des entreprises adoptés par le Parlement en 2014.

La quasi-suppression des cotisations de sécurité sociale et assimilées au niveau du SMIC – seule la part des cotisations d'accidents du travail – maladies professionnelles dépendant de la sinistralité individuelle des entreprises restant à leur charge – constitue en premier lieu une étape qui pourrait justifier une réflexion sur la stabilisation du profil des taux effectifs des prélèvements à la charge des employeurs sur les revenus d'activité (*cf. graphique 9*), et en particulier de la progressivité du barème de ces prélèvements dans la zone des bas salaires.

Graphique 9

Evolution des taux moyens des prélèvements sociaux à la charge des employeurs en fonction de la rémunération (cas d'un salarié d'une entreprise de 20 salariés et plus)



Note : les taux de cotisation de retraite complémentaire « ARRCO » s'appliquent en dessous du plafond de la sécurité sociale, et ceux en vigueur à l'AGIRC au-dessus de ce plafond.

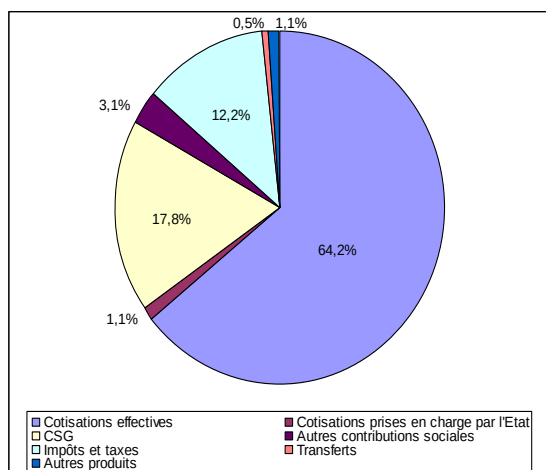
Lecture : pour une rémunération égale au SMIC, l'employeur est redevable de cotisations sociales s'élevant à 16,42% de la rémunération brute, dont 1,44% au titre de la sécurité sociale, 4,30% au titre de l'assurance chômage, 5,85% au titre de la retraite complémentaire ARRCO, et 4,83% au titre des autres prélèvements. A partir de 1,6 SMIC et jusqu'au plafond de la sécurité sociale, le taux des cotisations à la charge des employeurs s'élève à 46,57% de la rémunération brute, dont 31,59% au titre de la sécurité sociale, 4,30% au titre de l'assurance chômage, 5,85% au titre de la retraite complémentaire ARRCO, et 4,83% au titre des autres prélèvements (cf. tableau 4a précédent).

Source : Direction de la sécurité sociale, calculs HCFiPS.

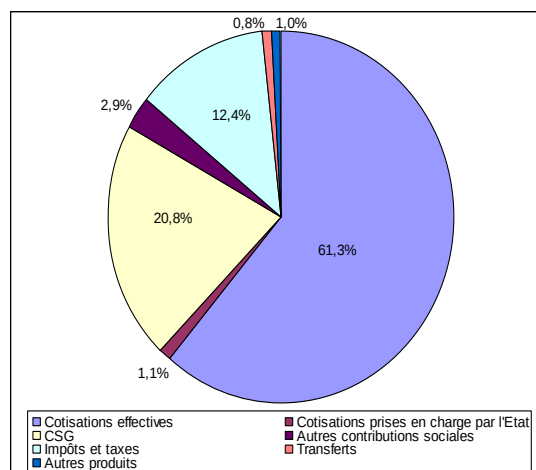
IV.2. Les règles d'affectation des ressources aux régimes de protection sociale

Par ailleurs, le constat de la complexité des règles d'allocation des recettes fiscales aux différents régimes de sécurité sociale, que le Haut Conseil avait dressé dans ses travaux précédents, est à la fois modifié et confirmé à l'observation des modifications apportées à ces recettes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Les évolutions de la structure du financement de la branche famille entraînées par les mesures de réduction et d'allègement des cotisations sociales et leur compensation sont en premier lieu sensibles. Comme le montrent les graphiques 10a et 10b ci-dessous, la part des cotisations sociales dans les ressources de la CNAF reculerait de trois points en 2015, compensée à due concurrence par une augmentation de la part prise par la CSG. Cela s'explique à la fois par la rebudgétisation d'une partie des aides au logement et par l'ajustement à la baisse des recettes fiscales autres que la CSG : la première diminue la part des cotisations sociales et augmente celle de la CSG, tandis que le second stabilise la part des autres impôts et taxes.

Graphique 10a
Structure du financement
de la branche famille en 2013



Graphique 10b
Structure du financement
de la branche famille en 2015



Source : annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

S'agissant des autres branches, le tableau 5 suivant présente les montants d'impôts et de taxes affectés aux différents régimes et branches de la sécurité sociale et au FSV. Aux termes des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, ces organismes percevront 154 Md€ au titre de ces recettes, dont plus de 60% en provenance de la CSG et des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et des placements, affectés aux régimes qui versent des prestations ouvertes à l'ensemble de la population (branches « maladie » et « famille ») ou qui financent des avantages relevant de la solidarité nationale (FSV). Le forfait social (4,6 Md€) est quant à lui presque intégralement affecté à la branche vieillesse du régime général, ce qui est cohérent avec la proximité entre ce prélèvement et les cotisations sociales et au caractère contributif des pensions de retraite. Les 57,4 Md€ restants d'autres impôts et taxes et leur répartition entre régimes et branches sont le fruit des dispositions prises aux cours des années successives dans les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, au titre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale et dans le but de rééquilibrer la situation financière des différents régimes et branches. A cet égard, le Haut Conseil du financement de la protection sociale, qui avait énoncé des principes d'affectation des recettes fiscales tels que l'attribution des impôts aux assiettes les plus générales aux régimes finançant des prestations ouvertes à l'ensemble de la population, ou la restitution des taxes à vocation comportementale aux régimes dont les charges sont affectées par les comportements que ces taxes ambitionnent de modifier, aura sous cet angle à porter une appréciation sur la structure du financement des différents risques issue des modifications adoptées en 2013 et 2014.

Tableau 5
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale et au FSV en 2015

	CNAM maladie	CNAM AT- MP	CNAV	CNAF	Régime général	Autres régimes de base	Ensemble des régimes de base	FSV	Régimes de base + FSV
CSG	56,6			11,1	67,7	8,7	76,4	10,7	87,1
Autres contributions sociales	4,9		5,6	1,4	11,9		11,9	1,2	13,1
Forfait social			4,0		4,0		4,0	1,0	5,0
Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et des placements	4,9		1,4		6,3		6,3		6,3
Autres prélèvements			0,3	1,4	1,7		1,7	0,2	1,9
Autres impôts et taxes	20,6	0,0	9,1	6,2	35,9	10,0	45,9	4,6	50,6
Taxe sur les salaires			7,2	2,4	9,6		9,6	3,8	13,4
TVA nette	11,0				11,0		11,0		11,0
Droits de consommation sur les tabacs	6,6	0,0		1,0	7,6	2,9	10,5		10,5
Taxes sur les boissons					0,0	5,4	5,4		5,4
Contribution sociale de solidarité des sociétés	0,6		1,9		2,5		2,5	0,8	3,3
Contribution tarifaire d'acheminement					0,0	1,4	1,4		1,4
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie	1,4			1,2	2,6		2,6		2,6
Prélèvements sur les primes d'assurance auto				1,0	1,0		1,0		1,0
Taxes médicaments	1,0				1,0		1,0		1,0
Taxe sur les véhicules de société				0,6	0,6		0,6		0,6
Autres prélèvements					0,0	0,3	0,3	0,0	0,3
Total	82,1	0,0	14,7	18,7	115,5	18,7	134,2	16,5	150,8

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2015), loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, calculs HCFIPS.

IV.3. Les transferts et les modalités de l'équilibre financier des régimes de protection sociale

La suppression programmée à l'horizon 2017 de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) confronte le pilotage financier du régime social des indépendants (RSI) à des conditions d'équilibre profondément modifiées. Le Gouvernement a fait le choix de répondre à ce problème en intégrant financièrement le RSI au régime général, ce qui revient à reporter la contrainte de l'équilibre de ce régime sur la CNAMTS en ce qui concerne sa branche « maladie » et sur la CNAV en ce qui concerne sa branche « vieillesse ». Si cette solution est opératoire en 2015 compte tenu de la mise en œuvre d'une réduction d'un milliard d'euros du rendement de la C3S et de son affectation à la CNAM et à la CNAV, il y a lieu d'envisager les suites pérennes qui devront lui être donnée, dans la mesure où il est prévu que cette ressource disparaisse en 2017.

Par ailleurs, la complexité des transferts entre l'État et la sécurité sociale, et entre régimes au sein de cette dernière, décrite dans les développements précédents, corrobore l'idée d'étendre les réflexions à la simplification des modalités de financement de certains régimes de sécurité sociale, en s'interrogeant sur la possibilité de développer une plus grande intégration financière entre ceux-ci et le régime général.

IV.4. Les formalités liées aux prélèvements sociaux

Les développements précédents ont enfin identifié les travaux en cours sur le déploiement de la déclaration sociale nominative comme des leviers d'un allègement des obligations déclaratives des entreprises, et d'une simplification du bulletin de paie.

Ces évolutions en cours constituent des étapes importantes, mais suggèrent aussi l'intérêt d'une réflexion plus globale à une échéance de moyen terme, qui pourrait porter d'une part sur le recouvrement des prélèvements pesant sur les revenus d'activité, et d'autre part sur le regroupement éventuel des cotisations sociales perçues par les différents régimes au titre des divers risques qu'ils couvrent.

*

* *

Les différentes questions évoquées ci-dessus ont pour point commun de souligner la complexité du financement de la protection sociale. Elles suggèrent, conformément à lettre du Premier Ministre du 21 octobre 2014, des réflexions sur sa simplification et l'amélioration de sa lisibilité, qui seront développées aux chapitres II et V du présent rapport, le chapitre V traitant plus particulièrement de diverses hypothèses de rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux assis sur les revenus d'activité.

L'analyse du profil des cotisations sociales conduit également à reprendre la réflexion, amorcée par les travaux précédents du Haut Conseil, sur les perspectives d'évolution des barèmes des cotisations et contributions sociales, d'une part dans une perspective de simplification et de prise en compte accrue des capacités contributives des assurés, et d'autre part dans le contexte contraint issu des jurisprudences récentes du Conseil constitutionnel. L'analyse de ces jurisprudences et des voies d'évolution du prélèvement social qui en découlent sera conduite au chapitre III du présent rapport.

Les enjeux relatifs à la simplification des transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale, ainsi qu'entre les différents régimes, et en particulier l'hypothèse d'un progrès vers l'unification de l'architecture financière des régimes qui dispensent des prestations maladie en nature, seront quant à eux abordés au chapitre IV du rapport.

Enfin, la complexité du financement de la protection sociale se traduit également par des modalités de prévision et de pilotage financier différentes selon les régimes, et en particulier entre sécurité sociale, assurance chômage et régimes de retraite complémentaire en matière de réalisation et de mise à disposition des prévisions financières. A cet égard, le chapitre VI du présent rapport proposera un état des lieux et envisagera, en tenant compte des compétences respectives de l'Etat et des partenaires sociaux en matière de gestion et de pilotage, des pistes d'évolution possible des principes et des pratiques à l'œuvre en ce domaine.

Chapitre II

La simplification et l'amélioration de la lisibilité du prélèvement social

Parmi les différents thèmes dont le Premier ministre a saisi le Haut Conseil du financement de la protection sociale par lettre du 21 octobre 2014, figurent « les modalités permettant de renforcer ... la lisibilité des prélèvements sociaux acquittés » et l'amélioration de « la transparence et de la compréhension des conditions de l'équilibre financier » de la protection sociale. Dans cette perspective, il a été demandé au Haut Conseil de poursuivre ses réflexions sur la rationalisation de l'affectation des impôts et taxes et d'envisager des scénarios d'évolution, « depuis la réaffectation des prélèvements existants jusqu'à une éventuelle globalisation des différentes cotisations sociales dues par les employeurs et les salariés ». Le Haut Conseil a pour cet exercice bénéficié du concours de M. Philippe Laffon, inspecteur général des affaires sociales.

La simplification et l'amélioration de la lisibilité des prélèvements sociaux constituent deux enjeux importants pour notre système de protection sociale :

- pour les entreprises, sont attendues une clarification et une stabilisation des règles et des procédures administratives, qu'elles soient liées à l'affiliation des salariés, à la déclaration des rémunérations, au paiement des cotisations sociales et aux contrôles exercés par les organismes chargés du recouvrement ;
- pour l'ensemble des citoyens, une plus grande transparence et une meilleure lisibilité du prélèvement social peuvent permettre une adhésion renforcée à celui-ci, et en conséquence aux dépenses du système de solidarité qu'il finance.

Depuis le début de ses travaux, le Haut Conseil du financement de la protection sociale s'est penché à plusieurs reprises sur les enjeux que soulèvent la simplification et l'amélioration de la lisibilité des prélèvements sociaux, notamment :

- dans son rapport de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale, où il avait envisagé, à ressources constantes pour ces régimes, des principes et des scénarios d'évolution de l'attribution des diverses catégories de recettes aux différents régimes, branches et fonds de financement ;
- dans son point d'étape de mars 2014 sur l'évolution du financement de la protection sociale, où il avait conduit une analyse économique de divers scénarios de réforme du financement de la protection sociale, examiné l'hypothèse d'un rapprochement des allègements généraux de cotisations de sécurité sociale et du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), et étudié les voies possibles d'un accroissement de la progressivité des prélèvements sociaux acquittés par les ménages.

Depuis lors, le Gouvernement a présenté en avril 2014 un « pacte de responsabilité et de solidarité » comportant des mesures visant à améliorer la compétitivité de l'économie française et renforcer la croissance et l'emploi. Elles ont été adoptées par le Parlement, dans le cadre de la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 et de la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. Ces mesures consistent notamment en un allègement, effectif depuis le 1er janvier 2015, des cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs et les travailleurs indépendants, ainsi qu'en une diminution de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Elles doivent être complétées lors d'étapes ultérieures, prévues en 2016 et 2017, en vue de renforcer les réductions de cotisations d'allocations familiales, de supprimer la C3S et de déterminer le devenir du CICE.

Ces évolutions, précisées dans le chapitre I du présent rapport relatif à l'état des lieux du financement de la protection sociale, entraînent des changements importants des modalités de financement de la sécurité sociale et, dès lors, appellent une actualisation de la réflexion du Haut Conseil sur la simplification et l'amélioration de la lisibilité du prélèvement social.

Trois thèmes principaux, qui correspondront aux trois parties successives du présent chapitre, ont été examinés lors des réunions que le Haut Conseil a consacrées à ce sujet, respectivement les 18 février et 17 juin 2015 :

- la clarification, par nature, des ressources dont bénéficient les régimes, branches et fonds de financement de la protection sociale (I),
- les avantages et inconvénients d'une évolution des allègements généraux de cotisations vers un système de barème progressif des cotisations, permettant aux cotisants comme aux assurés de mieux mesurer le poids du prélèvement social supporté par les revenus d'activité (II),
- les effets d'une éventuelle globalisation des différentes cotisations de sécurité sociale, en termes de lisibilité sur les bulletins de paie et de simplification du recouvrement (III).

I. L'objectif de clarification des ressources affectées aux régimes de protection sociale

I.1. Un rappel des analyses antérieures du Haut Conseil

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait déjà examiné la question de la lisibilité des ressources qui sont affectées aux régimes, branches et fonds de financement dans son rapport de juin 2013 consacré à la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale.

Dans le domaine élargi de la protection sociale, il s'était interrogé d'une part sur l'importance qui s'attache à une gestion coordonnée du financement de l'ensemble des dispositifs concourant à l'indemnisation des demandeurs d'emploi (régime d'assurance, régime de solidarité financé par l'État et revenu de solidarité active à la charge des collectivités locales), qui évite d'amplifier les conséquences du cycle économique sur l'activité et l'emploi, et d'autre part sur l'équilibre à améliorer entre la délégation aux collectivités locales de politiques de solidarité en faveur des personnes handicapées et âgées dans le cadre de règles et de barèmes nationaux et la dynamique de leurs ressources.

Dans le domaine du financement de la sécurité sociale proprement dite, il avait par ailleurs soulevé des interrogations :

- sur la légitimité de continuer à affecter directement des recettes fiscales aux régimes de retraite de base, dans le contexte du remplacement depuis 2011 de la compensation exacte des exonérations de cotisations sociales au moyen de l'affectation pérenne de recettes fiscales, et compte tenu du caractère essentiellement contributif des prestations qu'ils versent ; il s'était également interrogé sur le périmètre du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), notamment quant à la fraction du « minimum contributif » qu'il prend en charge, qui paraît davantage relever d'une logique de solidarité professionnelle interne aux régimes de base ;
- dans le domaine de l'assurance maladie, sur l'intérêt qu'il y aurait à, d'une part distinguer les ressources affectées aux régimes selon qu'elles sont appelées à financer les prestations en espèces, contributives, ou les prestations en nature, universelles, et d'autre part à attribuer à ces régimes l'intégralité des recettes de la fiscalité « comportementale » (taxes sur les consommations de tabac et d'alcool, notamment), ayant vocation à inciter les assurés à des comportements favorables à la santé ;
- enfin, sur la pertinence d'une évolution du financement de la branche famille de la sécurité sociale, compte tenu du hiatus lié d'un côté à l'achèvement de l'ouverture des droits aux prestations familiales à l'ensemble de la population résidente, et de l'autre à un financement reposant encore à hauteur des deux tiers sur des cotisations versées par les employeurs et les travailleurs indépendants.

Au regard de ces questions, le Haut Conseil avait énoncé, dans son rapport de juin 2013 précité, plusieurs principes qu'il lui paraissait souhaitable de privilégier en matière d'affectation de ressources aux régimes de protection sociale :

- affirmer la pertinence des notions de contributivité et d'universalité des droits à prestations pour faire évoluer le mode de financement de certains risques de la protection sociale ;
- définir des schémas de financement pérennes non par régimes, mais pour chacun des grands risques de la protection sociale pris dans leur ensemble ;
- prendre en compte la dynamique à moyen terme des diverses sources de financement, au regard de celle des dépenses correspondantes ;
- veiller à une affectation des prélèvements à visée comportementale aux régimes de protection sociale cohérente avec les charges que ces régimes supportent du fait des comportements que les taxes visent à corriger ;
- rationaliser l'affectation des autres impôts et taxes aux différents régimes ou branches, en tenant compte du caractère plus ou moins contributif ou universel des droits qu'ils dispensent ;
- améliorer la gouvernance des modes de financement de la protection sociale, notamment en renforçant l'information du Parlement sur les recettes et les dépenses de l'ensemble des régimes de protection sociale.

Le Haut Conseil avait en outre étudié plusieurs scénarios d'évolution du financement de la branche famille de la sécurité sociale, qui tentaient de respecter certains de ces principes. Ces scénarios avaient en commun de ne pas modifier les montants globaux des divers prélèvements – cotisations sociales, CSG, autres impôts et taxes –, mais de les répartir différemment entre les régimes, branches et fonds. Ils visaient donc à améliorer la cohérence et la lisibilité de l'attribution de ressources à ces organismes, sans impact macro-économique additionnel.

Brièvement rappelés, ces scénarios peuvent être résumés ainsi :

- un premier scénario procédait à un échange bilatéral de cotisations sociales à la charge des employeurs et d'impôts et taxes entre la branche famille et la branche vieillesse ;
- un second scénario entraînait des réaffectations plus importantes des impôts et taxes aujourd'hui attribués aux branches famille et maladie, de façon à concentrer au bénéfice de cette dernière l'ensemble des taxes à visée comportementale ;
- un troisième scénario plus large complétait le premier en substituant, au sein des prélèvements à la charge des ménages, de la CSG aux cotisations salariales vieillesse.

Au sein des deux premiers scénarios, une option était envisagée, consistant à élargir les transferts de cotisations possibles grâce à la réintégration au sein des dépenses de la branche vieillesse du régime général de certains avantages non contributifs aujourd'hui pris en charge par le FSV.

Ces deux scénarios voyaient toutefois leur portée limitée par le montant maximal des ressources fiscales susceptibles d'être transférées aux branches famille et maladie à ressources constantes (avec 1,6 à 2,1 points de cotisation transférables au maximum à la branche vieillesse), ce qui ne conduisait qu'à une simplification partielle du mode de financement des différents risques. Le troisième scénario n'était pas assorti du même type de limite, mais entraînait une hausse de la CSG modifiant l'équilibre entre ses différentes assiettes (*cf. infra*, encadré n°1 pour une nouvelle esquisse actualisée de ces scénarios).

I.2. Les pistes qui en découlent pour un réaménagement des ressources affectées à la sécurité sociale

Les évolutions intervenues depuis 2014, rappelées dans le chapitre I du présent rapport, sont principalement liées à la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité annoncé en avril 2014 et aux réaffectations aux régimes de sécurité sociale d'impôts et taxes contribuant à la compensation des allègements de cotisations mis en œuvre. Elles conduisent à réexaminer les analyses et les conclusions auxquelles le rapport de juin 2013 était parvenu sur la clarification et la diversification du financement de la protection sociale.

I.2.1. Les questions que soulève la structure actuelle du financement des différents régimes et branches

Malgré le caractère inachevé des évolutions en cours du financement de la sécurité sociale, quelques commentaires peuvent être portés sur l'incidence des décisions d'affectation des recettes fiscales aux différents régimes, branches et fonds de financement qui ont accompagné la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité », du point de vue des axes de clarification du financement de la protection sociale recherchés par les précédents travaux du Haut Conseil.

A cet égard la situation paraît inégale selon les branches :

- la branche maladie s'est vu attribuer en 2015 des montants importants de prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et des placements (5,1 Mds€), de TVA nette (11,7 Md€), de taxes comportementales (7,3 Md€, dont 6,3 Md€ de droits tabacs) et de taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (1,2 Md€) : une telle structure de recettes fiscales apparaît globalement conforme à la nature universelle des droits aux prestations maladie en nature, et à l'objectif de régulation des comportements des assurés et des opérateurs de couvertures complémentaires pour partie assigné à ces recettes ;
- la branche vieillesse a reçu quant à elle un montant élevé de forfait social (3,8 Md€), de prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et des placements (1,4 Md€) et de taxe sur les salaires (7,3 Md€). En tant que prélèvement sur des assiettes exemptées de cotisations sociales (« niches sociales »), le forfait social peut être regardé comme un substitut proche des cotisations sociales, et dont l'affectation à la branche vieillesse peut être jugée cohérente avec la logique principalement contributive des droits à la retraite. En revanche, la taxe sur les salaires est généralement considérée comme un substitut à la TVA, puisqu'elle est acquittée par des entités économiques non soumises à ce prélèvement (secteur financier, hôpitaux, associations, secteur non lucratif...). Elle pourrait donc plutôt avoir vocation à financer des prestations universelles ou des dispositifs relevant de la solidarité nationale ; c'est d'ailleurs partiellement le cas puisque le FSV reçoit également un montant élevé en provenance de cette taxe (3,9 Md€) ;
- enfin et en revanche, la structure des recettes fiscales perçues en 2015 par la branche famille est marquée par un certain éparpillement, et plus particulièrement par l'affectation de recettes dont le lien avec la nature des prestations familiales paraît lointain : droits sur les tabacs (1,0 Md€), prélèvement sur les primes d'assurance automobile (1,3 Md€), ou taxe sur les véhicules de société (0,8 Md€). Les préconisations qu'avait faites le Haut Conseil du financement de la protection sociale sur l'affectation préférentielle des ressources de la fiscalité comportementale à l'assurance maladie n'ont donc pas trouvé de traduction à ce jour.

1.2.2. Trois considérations préliminaires qui limitent la portée, à ce jour, de l'exercice de réexamen

Si l'ampleur et la complexité des évolutions retracées justifient l'intérêt de reprendre la réflexion sur les perspectives de clarification, quelques observations liminaires doivent toutefois être faites en préalable à une actualisation des scénarios de réaffectation qu'avait retenus le Haut Conseil :

- Tout d'abord, les allègements de prélèvements sociaux mis en œuvre dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité » se distinguent des scénarios étudiés dans le rapport de juin 2013, en ce qu'il s'agit d'allègements nets de prélèvements dont un impact macroéconomique est attendu en termes d'activité et d'emploi⁴. Les scénarios de juin 2013, quant à eux, portaient sur la réallocation entre les régimes, branches et fonds de financement, des prélèvements existants, sans effet sur l'équilibre macro-économique d'ensemble. Par souci de cohérence, et dans le respect de la lettre du Premier Ministre du 21 octobre 2014, les développements qui suivent se placent dans le sillage de ces réflexions antérieures du Haut Conseil, et ne prennent donc en considération que des réaffectations des ressources affectées aux régimes en application des dernières mesures financières

⁴ Cet impact potentiel a été analysé par le Haut Conseil dans son point d'étape de mars 2014 sur les évolutions du financement de la protection sociale (éclairages III et IV).

adoptées, étant entendu que le potentiel de réallocation de points de cotisation entre branches serait en tout état de cause limité à l'horizon 2016 par le quantum restant affecté à la branche famille.

- A cet égard, l'attention doit être attirée sur les difficultés de mener une réflexion sur la clarification du financement de la sécurité sociale à partir de la situation de 2015, dans la mesure où les étapes ultérieures d'allègement des prélèvements sociaux restent à adopter et à mettre en œuvre, et où les modalités de leur compensation aux régimes ne sont à l'heure actuelle pas connues. En particulier, le régime général et le FSV bénéficient en 2015 des montants de C3S qui resteront recouvrés (4,6 Md€ au total), et dont la disparition, prévue en 2017, implique la mobilisation d'autres ressources.
- Néanmoins, il faut souligner que les mesures adoptées en 2014 poursuivent le choix fait à partir de 2011 d'affecter des ressources fiscales à titre définitif aux régimes de sécurité sociale pour contrebalancer l'impact financier des allègements de cotisations sociales plutôt que de procéder à une compensation financière directe de ces derniers. Il est d'ailleurs à noter que l'allègement général « Fillon » n'est désormais plus mentionné dans les tableaux de l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale qui décrivent l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale relatif à la compensation des exonérations de sécurité sociale. Pour 2015, la situation financière de ces régimes est toutefois maintenue inchangée, mais avec la contribution, à hauteur de 1,5 Md€, d'une ressource non pérenne (liée à la rationalisation du recouvrement des cotisations sociales sur les indemnités versées par les caisses de congés payés). Cependant, et sous réserve d'un suivi au cours du temps de la dynamique de ces ressources, cette affectation définitive de recettes fiscales crée les conditions d'une réflexion d'ensemble plus aisée sur l'affectation souhaitable des différents types de ressources, ainsi que sur la simplification des prélèvements sociaux eux-mêmes (cf. *infra*, partie II du présent chapitre).

1.2.3. Une actualisation des pistes de réaffectation tendant à rendre plus lisibles et plus cohérentes les ressources de la sécurité sociale

Bien que les constats qui précèdent s'inscrivent dans des évolutions partielles qui restent à compléter, ils plaident pour que les évolutions à venir prennent désormais en compte l'objectif d'une amélioration de la cohérence et de la lisibilité des ressources affectées aux différentes branches :

- Ainsi, la restitution à la branche maladie du régime général des taxes comportementales aujourd'hui attribuées à la branche famille (2,9 Md€) conforterait ces recettes dans leur fonction d'incitation des assurés à observer des comportements préservant leur santé.
- En sens inverse, le transfert à la branche famille pour un montant identique de fractions de CSG ou de TVA nette permettrait de rendre plus lisible la mobilisation de prélèvements à assiette large acquittés par les ménages, qui concordent avec le caractère universel des prestations familiales.
- Afin d'améliorer la lisibilité d'ensemble du financement de la sécurité sociale, il pourrait enfin être envisagé de compléter, à ressources globales constantes, l'allègement net programmé des cotisations sociales à la charge des employeurs par un transfert de tout ou partie des cotisations sociales « famille » résiduelles vers les régimes de retraite de base, et par l'affectation à due concurrence d'une fraction de la taxe sur les salaires bénéficiant à la branche vieillesse du régime général et au FSV, selon une diversité de modalités s'inspirant des scénarios 1 et 3 du rapport du Haut Conseil de juin 2013 sur la clarification et la diversification des régimes de protection sociale (cf. Encadré n° 1).

Encadré n° 1

Esquisse de trois scénarios possibles de réaffectation des ressources entre régimes, branches et fonds, à prélèvements constants, prolongeant les réflexions précédentes du Haut Conseil

Même en restreignant par prudence l'analyse aux seuls allègements et ressources fiscales d'ores et déjà en vigueur et dont le détail est aujourd'hui connu, trois scénarios d'évolution pourraient être envisagés :

- Pourraient ainsi être transférés jusqu'à 1,15 points de cotisation patronale « famille » vers la cotisation vieillesse des régimes de retraite de base, soit 8,7 Md€, compensés par le transfert à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de la taxe sur les salaires (7,3 Md€) et du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et des placements (1,4 Md€) actuellement perçu par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Un tel scénario suppose toutefois de surmonter plusieurs difficultés techniques, comme l'inexistence dans certains régimes de retraite de base d'une cotisation patronale déplafonnée (comme l'est la cotisation « famille »), empêchant une substitution exacte de points de cotisation entre les deux branches. Des transferts seraient aussi à prévoir entre régimes de retraite pour rééquilibrer la situation financière de la branche vieillesse du régime général qui, dans ce scénario, supporterait seule le transfert de recettes fiscales à la branche famille, alors qu'elle ne bénéficierait de cotisations supplémentaires qu'à hauteur du poids des salaires du secteur privé dans l'ensemble des revenus d'activité assujettis aux cotisations retraite.

- Ce premier scénario pourrait être amplifié dans l'hypothèse où le FSV transférerait à la branche famille la fraction de taxe sur les salaires dont il bénéficie (3,9 Md€), et simultanément se déferait du financement d'une partie équivalente du montant du « minimum contributif » qui reviendrait à la charge de la CNAV. Dans ce cas, le potentiel de points de cotisations transférables de la branche famille vers la branche vieillesse serait porté à 12,6 Md€, soit environ 1,65 points déplafonnés ; comme le précédent, ce scénario bute dans son amplitude sur le montant de recettes fiscales transférables des régimes de retraite de base et du FSV vers la branche famille.

- Une autre voie de clarification du financement de la sécurité sociale, sur une échelle plus importante, consisterait à transférer jusqu'à la totalité des 3,45 points de cotisation patronale « famille » vers les régimes de retraite de base, et à réduire d'autant les cotisations sociales vieillesse à la charge des salariés, et d'augmenter la CSG au bénéfice de la branche famille. En cas de transfert intégral des cotisations « famille », la hausse de la CSG devrait atteindre environ 26 Md€, soit un peu plus de deux points sur l'ensemble des assiettes, ou trois points si elle devait s'appliquer seulement aux revenus d'activité. Dans un cas comme dans l'autre, les salariés et les travailleurs indépendants bénéficieraient d'un gain de pouvoir d'achat, la diminution des points de cotisations sociales étant plus importante que la hausse des points de CSG. En outre, la neutralité financière serait assurée pour l'ensemble des régimes de retraite et pour la CNAF, dès lors qu'au sein de chaque régime de retraite la baisse des cotisations salariales porterait sur la même assiette que la hausse des cotisations patronales.

Le dernier de ces scénarios est au demeurant susceptible d'être combiné avec le premier ou le deuxième, le transfert de cotisations à la charge des employeurs de la branche « famille » vers la branche « vieillesse » pouvant être partagé *ad libitum* entre la réaffectation de recettes fiscales à la CNAF et la diminution des cotisations vieillesse à la charge des salariés. Dans tous les cas, des cotisations patronales « famille » persisteraient, dans ces scénarios, aujourd'hui sur les salaires supérieurs à 1,6 SMIC, et à l'avenir sur ceux supérieurs à 3,5 SMIC.

Ces réflexions centrées sur l'amélioration de la cohérence et de la lisibilité des ressources affectées aux différents régimes et branches pourraient s'avérer un complément utile aux décisions qui seront arrêtées dans le cadre des suites de la mise en œuvre du « pacte de responsabilité et de solidarité ». La recherche d'une meilleure lisibilité des règles d'affectation des impôts et taxes n'a néanmoins pas d'incidence directe sur la complexité des règles afférentes aux prélèvements sociaux, directement ressentie par les entreprises et, le cas échéant, par les assurés.

Or, la lisibilité du prélèvement social doit aussi être appréhendée au regard de la compréhension qu'en ont les cotisants et assurés. C'est dans ce cadre que deux questions complémentaires seront examinées :

- les modifications complémentaires envisageables du dispositif des allègements généraux de cotisations, afin de promouvoir une plus grande transparence des taux effectifs de cotisation et des prélèvements sur le travail (II) ;
- l'hypothèse d'une globalisation des cotisations et ses relations potentielles avec la simplification du bulletin de paye (III).

II. La recherche d'une lisibilité accrue du profil des cotisations employeurs à travers l'intégration des allègements de cotisations dans leur barème

Au-delà du montant global des allègements du coût du travail et des contreparties débattues dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité », sujet dont la discussion n'est pas réouverte ici, les allègements de cotisations soulèvent des enjeux en matière de lisibilité et de simplification :

- l'instabilité des allègements généraux sur les bas salaires, créés il y a déjà douze ans, est attestée par la fréquence des révisions de ce dispositif ;
- leur lisibilité est affectée d'une part par l'existence depuis 2013, et sur des assiettes proches, du CICE, qui a les mêmes finalités, et d'autre part par la perception incomplète qu'ont les citoyens, et sans doute une part des employeurs, de l'ampleur de la réduction du coût du travail au niveau des bas salaires (plus de dix millions de salariés concernés pour une dépense de 20,6 Mds€ en 2013) ;
- leur complexité peut être mesurée à l'aune des redressements d'une fréquence élevée auxquels ils donnent lieu en cas de contrôle des entreprises par les organismes de recouvrement.

La permanence de ce dispositif, déployé depuis 2003, interroge sur le point de savoir s'il n'entraîne pas une modification structurelle des cotisations employeurs qu'il serait plus simple et lisible d'entériner, en faisant disparaître les allègements en tant que tels pour reconnaître le caractère désormais progressif du barème des cotisations employeurs.

II.1. Les enjeux liés à la définition d'un barème progressif des cotisations patronales de sécurité sociale

La réflexion sur l'intégration des allègements généraux dans le barème des cotisations employeurs s'est développée quelques années après la création d'une réduction générale des cotisations décidée en 2003, par substitution aux dispositifs qui s'étaient superposés depuis 1993⁵. Les avantages et inconvénients de cette réforme, ainsi que les modalités techniques envisageables, ont en effet été examinés dès 2006⁶. Ce sujet a donné lieu à plusieurs recommandations de la part de la Cour des comptes, notamment dans ses rapports sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale de 2012 et 2013.

⁵ Loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.

⁶ Cf notamment IGAS-IGF, *Rapport sur l'intégration des allègements généraux de cotisations patronales au sein d'un barème de cotisations de sécurité sociale*, avril 2006, et Cour des comptes, *L'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales des exonérations bas salaires et sur les heures supplémentaires*, mai 2008.

Le point de départ de ces réflexions tient au constat que cet outil majeur des politiques de l'emploi a acquis un caractère permanent et qu'il a modifié de façon structurelle notre système de prélèvement social, en le dotant d'un caractère progressif, du moins sur les tranches de salaires concernées. Une « barémisation » tirerait donc les conséquences de ces évolutions en prenant les dispositions juridiques nécessaires « afin que les taux progressifs qui en résultent fassent partie du barème lui-même des cotisations sociales avec une fixation de taux de cotisation patronale nets, ceux réellement supportés par les entreprises, au lieu de l'affichage de taux bruts, plus élevés, sans prise en compte des allègements »⁷.

II.1.1. L'intérêt potentiel de la mise en œuvre d'un barème progressif

L'intérêt potentiel de la mise en œuvre d'un barème progressif des cotisations est à cet égard de trois ordres et concerne plusieurs publics différents : d'une part, les employeurs qui calculent aujourd'hui le montant dû des cotisations ainsi que les allègements auxquels elles donnent droit, et d'autre part le Parlement, les citoyens et les experts qui s'interrogent sur la part que prennent les charges sociales dans la formation du coût du travail.

II.1.1.1. La pérennisation d'évolutions structurelles du profil des allègements généraux

En premier lieu, le maintien depuis quinze ans du dispositif des allègements généraux a conduit à une pérennisation de la progressivité du prélèvement social, au moins dans la zone des bas salaires. Le choix, retenu en 2011, de ne plus compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes associées, mais de lui affecter, de manière pérenne, des ressources fiscales en compensation, va également dans ce sens et paraît de nature à faciliter l'évolution vers ce qui pourrait être vu comme un prolongement logique : la substitution à des taux facialement proportionnels, et en réalité dégressifs, d'un barème progressif.

II.1.1.2. La lisibilité du prélèvement social

En deuxième lieu, la barémisation conduirait à une transparence accrue des taux de cotisations et des coûts du travail, qui pourrait être favorable à la lisibilité et à une meilleure acceptation du prélèvement social. Pour plus de dix millions de salariés, le dispositif actuel conduit en effet à afficher des taux de prélèvement en fort décalage avec les sommes réellement supportées par les employeurs : un indicateur du programme de qualité et d'efficience « Financement » relève ainsi que, en 2014 et pour les entreprises de plus de 20 salariés, le taux théorique de cotisations et contributions patronales sur les salaires de 46,99% doit être rapproché d'un taux réel au niveau du SMIC de 20,99%. Or, sur les bulletins de salaire ne sont généralement indiqués que les montants résultant de l'application des taux réglementaires de cotisations afférents à chaque branche. Ce n'est qu'au stade de la déclaration par l'entreprise auprès de l'URSSAF que les allègements sont pris en compte, dans le cadre d'un calcul global pour la période de déclaration considérée.

II.1.1.3. L'appropriation du dispositif par les entreprises

En troisième lieu, la complexité et l'instabilité des règles de calcul des allègements généraux (comme des exonérations ciblées, par ailleurs) sont à l'origine d'erreurs de calcul, qui peuvent donner lieu à des redressements de la part des URSSAF, y compris dans un sens favorable à l'entreprise (« redressement négatif »).

⁷ Cour des comptes, rapport précité.

On notera d'ailleurs que la part des entreprises faisant l'objet d'un remboursement suite à contrôle est l'un des deux indicateurs retenu par le programme de qualité et d'efficience (PQE) joint chaque année au PLFSS afin d'évaluer la complexité du calcul des cotisations. Cette proportion a culminé à 32,5% en 2009 et s'est établie à 22,4% en 2012. L'allègement général (environ 8 % des cotisations du secteur privé et 11 % des cotisations patronales) fait l'objet au contrôle de taux élevés de redressement⁸. Même si ce point est sujet à caution, on peut envisager l'idée qu'une barémisation contribuerait sinon à figer, du moins à rendre la règle de droit moins évolutive – et donc plus aisée d'application dans le cadre d'une appropriation progressive.

II.1.2. Les enjeux complémentaires d'un barème progressif

La mise en œuvre éventuelle d'une barémisation des cotisations employeurs nécessite toutefois la prise en compte de deux enjeux complémentaires.

II.1.2.1. Une nécessité d'articulation avec les autres exonérations, notamment les exonérations ciblées

Dans le rapport annuel de septembre 2012 consacré à l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes notait que « la barémisation ferait rentrer dans la norme des exonérations présentées jusqu'alors comme des exceptions à l'universalité des prélèvements et créerait un contexte adapté à la consolidation du troisième pilier de financement que constitue désormais la fiscalité affectée ».

De fait, et au-delà des allègements généraux, une « barémisation » aurait des incidences sur les exonérations ciblées en faveur de publics, de zones géographiques ou d'activités particuliers, qui peuvent, selon les cas, être cumulés ou non avec les allègements généraux. Elles pourraient soit donner lieu à des barèmes différents, soit être refondues en les exprimant en écart à la situation générale de taux progressif, avec la question du calcul de la compensation spécifique nécessitant de préciser un barème de référence pour ce calcul. La Cour des comptes estimait en 2008 que la création d'un barème impliquerait une redéfinition de la majeure partie des dispositifs spécifiques d'exonération existants, l'opportunité étant alors ouverte de réexaminer la pertinence et l'efficacité de chacun d'entre eux, ceux qui seraient conservés devant être redéfinis pour être cumulables avec le barème, par exemple comme déduction forfaitaire.

Au terme de ce processus, on serait donc fondé à mieux distinguer d'une part des exonérations spécifiques, au contenu rationalisé et à la pertinence réexaminée, et d'autre part la norme du prélèvement social, assortie d'un caractère progressif de ce prélèvement pour les bas salaires.

II.1.2.2. La sécurisation du montant des ressources de la sécurité sociale

Si l'affectation pérenne de ressources fiscales à la sécurité sociale en contrepartie de ces exonérations, préférée depuis 2011 aux mesures antérieures de compensation, modifie le cadre du raisonnement, la question des recettes fiscales des régimes de sécurité sociale, en aval des dispositifs d'exonération comme dans la perspective de leur équilibrage financier, demeure. A cet égard, la barémisation ne devrait pas conduire à perdre de vue, progressivement, le décompte des pertes de recettes pour les régimes sociaux liées aux allègements du coût du travail mis en œuvre dans le cadre des politiques de l'emploi.

⁸ Montants redressés en faveur de l'Urssaf : 150 M€ en 2014, soit 12 % des enjeux ; montant redressés en faveur des cotisants : 70 M€ en 2014, soit 48 % du total des restitutions.

II.2. Les difficultés et limites d'une éventuelle barémisation

II.2.1. *Des incertitudes sur l'amélioration effective de la lisibilité du prélèvement social*

L'amélioration de la lisibilité du prélèvement social demeure l'argument majeur en faveur de l'intégration des allègements dans le barème des cotisations.

En mettant fin à l'affichage d'un niveau de prélèvements sur les salaires plus élevé qu'il n'est en réalité, la barémisation conduirait à une transparence des taux de cotisation et des coûts du travail, favorable à la lisibilité et à une meilleure acceptation du prélèvement social. Il faut par ailleurs noter que l'adoption d'un barème ne portant que sur les cotisations patronales serait sans incidence sur les droits des assurés mais pourrait influencer sur leur appréhension des responsabilités des différents financeurs de la protection sociale (salariés, employeurs, Etat). En effet, le bulletin de paie ne donne pas aujourd'hui une image fidèle de la réalité de la contribution des employeurs au financement des droits sociaux.

Trois types d'arguments peuvent néanmoins venir questionner cette vision :

- il n'est pas évident qu'un taux de cotisation linéairement progressif soit plus aisément lisible qu'un taux de cotisation uniforme auquel s'applique un allègement linéairement dégressif ;
- l'allègement général est désormais bien pris en compte dans les niveaux effectifs de prélèvements et de coût du travail donnant lieu à communication publique, que ce soit dans les travaux français (cf. programmes de qualité et d'efficience joints aux PLFSS, rapports du conseil des prélèvements obligatoires) ou dans les comparaisons effectuées par les organisations internationales ;
- sur un plan plus immédiat du calcul ou de la lisibilité pour l'employeur, les services de paie et de ressources humaines, les éditeurs de logiciels ou les experts-comptables sont désormais familiarisés avec le mécanisme.

Dans ces conditions, c'est aussi à l'aune de la simplification pour les cotisants et de l'efficacité du processus de recouvrement que cette évolution doit être envisagée.

II.2.2. *Les enjeux techniques de l'intégration des allègements généraux*

Au-delà de ces arguments de principe, la mise en place d'un barème progressif pose des difficultés techniques qui ont notamment été examinées, dans les conditions de l'époque, par une communication de la Cour des comptes au Parlement de 2008⁹. Elles conservent aujourd'hui, une fois tenu compte des réformes intervenues, un degré d'actualité inégal.

II.2.2.1. *Une multiplicité de barèmes*

Les taux patronaux applicables à la masse salariale sont aujourd'hui fixés de manière indépendante pour chaque branche de la sécurité sociale, alors que les exonérations de cotisations sont définies et calculées globalement. L'adoption d'un barème supposerait, au contraire, de traiter chaque branche de façon indépendante.

⁹ Cette contribution de la Cour des comptes, intitulée « L'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales des exonérations bas salaires et sur les heures supplémentaires » est annexée au rapport n° 1002 de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, présenté par M. Pierre Méhaignerie, Député, le 25 juin 2008.

Or, en raison de l'existence d'une cotisation déplafonnée pour la retraite et des différentiels de cotisations entre entreprises de plus ou moins de 20 salariés, ce sont en réalité huit barèmes qui seraient requis si l'on voulait transposer sans le modifier le mécanisme actuel : deux en maladie, deux en famille et quatre pour la seule branche retraite.

La limitation du nombre de barèmes, destinée à accroître la lisibilité du dispositif, apparaîtrait donc comme une nécessité pour la compréhension et la mise en œuvre d'une réforme de ce type par les cotisants et les organismes de recouvrement. Elle supposerait, par exemple, de revenir sur les différentiels de taux d'exonération selon les effectifs, voie que la dernière LFSS rectificative pour 2014 a empruntée pour partie. Elle pourrait encore inviter à réexaminer le mécanisme de la cotisation déplafonnée retraite, dans la mesure où, même si elle vient d'être mobilisée dans le cadre de la réforme des retraites et doit voir son taux croître en 2016 et 2017, n'étant pas génératrice de droits, elle offre une lisibilité faible pour les assurés. Enfin, et cette voie sera approfondie dans la troisième partie du présent chapitre, une globalisation des cotisations, faisant masse des taux affectés à chaque branche, offrirait une piste plus substantielle pour réduire le nombre potentiel de barèmes.

II.2.2.2. Un risque juridique concentré sur l'extension du barème aux différentes catégories d'employeurs

Comme le montrent les analyses du chapitre III du présent rapport, l'adoption d'un barème progressif de cotisations patronales, retranscrivant « en positif » l'actuelle réduction dégressive, ne devrait pas soulever de question constitutionnelle, sous réserve que la réforme ait pour objectif la réduction permanente du coût du travail. La jurisprudence a en effet admis le dispositif des exonérations en tant qu'elles concourent à l'objectif de développement de l'emploi (le législateur étant habilité « à assurer au mieux le droit pour chacun d'obtenir un emploi en vue de permettre l'exercice de ce droit au plus grand nombre » ou à poursuivre « une finalité d'intérêt général en matière de lutte contre le chômage et l'exclusion »).

Cependant, l'adoption d'un barème de cotisations sociales patronales requerrait de redéfinir le champ des salaires et rémunérations concernés, question qui présente des enjeux budgétaires et juridiques. En effet, dès lors que les réductions sont intégrées dans le barème, devrait être examinée la situation au regard du principe d'égalité devant les charges publiques :

- des employeurs exclus du dispositif (employeurs publics¹⁰),
- des employeurs faisant l'objet de dispositions particulières (particuliers employeurs, employeurs de salariés faisant l'objet de taux réduits, cotisations et/ou assiettes forfaitaires),
- voire des travailleurs indépendants dont les prestations ont été alignées sur celles du régime général (retraite et prestation en nature maladie des commerçants et artisans par exemple).

¹⁰ Sont exclus, pour l'ensemble de leurs salariés, l'Etat et les collectivités territoriales ainsi que leurs établissements publics administratifs, scientifiques ou culturels, les chambres de commerce et d'industrie et les chambres d'agriculture, les chambres de métiers de l'artisanat. Sont également exclus mais pour les seuls salariés relevant de régimes spéciaux : la SNCF et la RATP, EDF et GDF, France Télécom, la Banque de France, la SEITA, le Théâtre national de l'Opéra et de la Comédie Française.

Les pouvoirs publics devraient déterminer, sous le contrôle du juge, des taux de cotisation ne conduisant pas à créer de rupture caractérisée de l'égalité entre catégories socioprofessionnelles, notamment au sein d'un même régime. L'analyse juridique présentée dans le chapitre III met en évidence que, si le juge administratif et le juge constitutionnel ont admis que les différences de situation existant entre affiliés à différents régimes de sécurité sociale peuvent justifier des différences de règles applicables aux cotisants de chaque régime, le respect du principe d'égalité limite plus fortement la possibilité d'instaurer des différences de traitement entre cotisants d'un même régime : des critères objectifs et rationnels en lien avec l'objet des cotisations doivent présider à la différenciation des règles applicables.

Les marges de manœuvre pour les pouvoirs publics sont cependant plus importantes en matière de cotisations patronales, potentiellement concernées par la barémisation, que de cotisations salariales. Le juge constitutionnel a en effet admis, pour les cotisations patronales, des dérogations au caractère essentiellement proportionnel des cotisations sociales qu'il n'a pas acceptées pour les cotisations salariales, en raison de leurs différences de nature. Néanmoins, l'obligation de justifier les différences éventuelles de traitement s'applique aussi aux cotisations patronales.

Ainsi, la mise en œuvre de barèmes progressifs devrait-elle conduire à s'interroger sur les règles pour les employeurs et les salariés ne ressortissant pas au régime général (indépendants, régimes spéciaux, régimes publics) ainsi que pour les salariés ne relevant du régime général que pour une branche de la sécurité sociale, tant au regard du principe d'égalité que de l'objectif de développement de l'emploi.

II.2.2.3. Une conditionnalité des allègements plus délicate à mettre en œuvre

Les allègements font depuis plusieurs années l'objet de mesures qui ont tenté d'encadrer le bénéfice des exonérations dès lors que certaines obligations n'étaient pas respectées (obligation annuelle de négocier) ou que des faits étaient reprochés à l'employeur (travail dissimulé).

Cette conditionnalité ne serait *a priori* plus possible dans un système « barémisé », ce qui supposerait soit de délimiter les montants d'allègements qui seraient destinés à donner lieu à une conditionnalité, de préférence dans le cadre des exonérations spécifiques, soit d'envisager d'autres contreparties possibles pour favoriser les négociations sociales sur l'emploi et les salaires, soit enfin de créer un mécanisme de sanctions administratives ou de taxation forfaitaire adapté.

II.3. Le contexte actuel des réflexions sur la barémisation

Depuis qu'ont été menées les premières réflexions sur l'intégration des allègements dans le barème, des évolutions importantes du financement de la protection sociale sont intervenues, qui justifient de renouveler les expertises et d'actualiser les problématiques.

Outre l'extension des allègements généraux au niveau du SMIC (dispositif « zéro charges URSSAF ») et la réduction des taux de cotisation famille pour les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC (qui est, déjà, une forme de barémisation), deux éléments sont à prendre en compte : l'articulation à définir entre les allègements généraux et le CICE d'une part, et la modernisation des formalités sociales, et potentiellement du recouvrement, introduite par la déclaration sociale nominative (DSN).

II.3.1. L'évolution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi et son articulation avec les allègements généraux

Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) permet une réduction d'impôt sur les sociétés ou d'impôt sur les revenus égale à 6% (à partir de 2014) de la masse salariale versée par l'entreprise, pour des rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. Le Haut Conseil a eu l'occasion de préciser dans son point d'étape de mars 2014 sur l'évolution du financement de la protection sociale les éléments de comparaison entre le CICE et l'allègement général (éclairage VI) et d'examiner des scénarios de réarticulation entre les deux dispositifs.

Les éléments de comparaison mettaient en lumière quatre problématiques :

- en premier lieu, les champs d'application des deux dispositifs ne sont pas identiques, tant au regard de la catégorie juridique à laquelle ressortit l'employeur que des rémunérations prises en compte : le Haut Conseil notait « qu'une analyse fine devrait donc être conduite pour identifier les situations dans lesquelles une fusion de ces dispositifs entraînerait un alourdissement ou une diminution des charges de certaines entreprises » ;
- en deuxième lieu, les deux dispositifs ont, pour un montant brut identique, un impact financier net différent en termes de réduction des charges des entreprises et de coût pour les finances publiques¹¹ ;
- en troisième lieu, l'allègement général et le CICE sont pris en compte de façon différente dans la chronique des comptes publics (immédiatement dans le premier cas, et l'année suivante dans le second), une fusion des deux dispositifs posant « la question du régime à envisager pour l'année de transition (année blanche, année de perception concomitante ou dispositif spécifique ad hoc), avec des options susceptibles d'avoir des conséquences sensibles tant pour la trésorerie et la comptabilité des entreprises que pour les finances publiques ». Rappelons toutefois qu'un changement des règles de la comptabilité nationale a modifié la prise en compte du CICE dans les comptes des administrations publiques. Alors que les entreprises inscrivent dans leurs comptes le CICE en produit dès l'exercice où le droit est né (c'est-à-dire l'exercice au cours duquel sont versés les salaires qui engendrent le droit à crédit), la totalité du CICE est désormais imputée dans les comptes publics l'année où les contribuables le déclarent fiscalement, c'est à dire en 2014 pour le CICE calculé sur les salaires versés en 2013, et non plus comme auparavant jusqu'à trois ans plus tard ;
- en quatrième lieu, l'hypothèse d'un allègement supplémentaire de cotisations sociales à la charge des employeurs à hauteur de 6% de la masse salariale dans la limite de 2,5 SMIC, qui résulterait d'une fusion des deux dispositifs par suppression de l'outil fiscal, pose la question des cotisations ou contributions sur lesquelles il pourrait être imputé, dès lors que les cotisations aux régimes de sécurité sociale acquittées par les entreprises sont d'ores et déjà nulles au voisinage du SMIC.

¹¹ Les modalités particulières de comptabilisation du CICE dans les comptes des entreprises (moindre charge de personnel ou moindre impôt) permettent de ne pas augmenter l'assiette de l'IS ou, le cas échéant, de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE). Le CICE conduit donc directement à diminuer la charge fiscale des redevables. *A contrario*, l'allègement général conduit à diminuer, au fil du versement des rémunérations, le coût du travail. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, l'allègement général a pour effet d'accroître en retour les montants soumis à l'IR ou à l'IS avec, dans ce cas, un « retour brut d'IS » évalué à des recettes supplémentaires à hauteur de 20 à 25%. L'avantage net perçu par l'entreprise n'est donc pas, pour un même montant brut, équivalent à celui d'un crédit d'impôt.

Dans son examen d'un scénario de réarticulation des deux dispositifs, le Haut Conseil notait que le sujet soulève des enjeux importants de transferts entre entreprises selon la taille et le secteur d'activité (certaines d'entre elles, comme celles du secteur privé non lucratif, n'étant pas éligibles au CICE), et de faisabilité liés à la différence entre l'immédiateté des allègements de cotisations sociales et le retard avec lequel parvient à l'entreprise le bénéfice du CICE. Il observait cependant que ce scénario peut également constituer l'occasion d'analyser la pertinence et l'articulation avec le CICE des exonérations de cotisations sociales ciblées sur des publics, des secteurs ou des zones géographiques, comme cela serait d'ailleurs le cas dans l'hypothèse d'une barémisation des allègements généraux actuels (*cf. supra*).

Le CICE donne lieu à un suivi et à une évaluation spécifiques dans le cadre d'un comité, animé par France Stratégie, qui a vu ses missions s'élargir suite à la Conférence sociale des 7 et 8 juillet 2014. Ses prochains rapports devraient ainsi porter sur l'évaluation de l'ensemble des aides publiques et conduire à reposer dans ce cadre la question de l'articulation des deux dispositifs¹².

Il faut enfin noter que, nonobstant le devenir du CICE, le barème des cotisations va connaître des évolutions au cours des prochaines années. En effet, au 1^{er} janvier 2016, le pacte de responsabilité et de solidarité prévoit une nouvelle étape de baisse des cotisations famille, sur la tranche des salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC. En outre, des augmentations des cotisations retraites déplafonnées sont programmées jusqu'en 2017.

Il apparaît, dans ce contexte, difficile d'envisager un éventuel basculement vers un barème progressif des cotisations avant que les taux et le profil des cotisations et allègements aient été stabilisés. Une fusion de tout ou partie du CICE avec les allègements généraux pourrait alors se révéler soit comme facilitatrice, car ouvrant la voie à une stabilisation du dispositif, soit comme un frein, dans la mesure où il serait difficile d'envisager un barème de cotisations sociales devenant « négatif » au voisinage du SMIC.

II.3.2. Les avancées en matière de modernisation des formalités sociales

La réflexion sur la barémisation doit en outre s'inscrire dans le champ plus global de la modernisation des outils du recouvrement.

II.3.2.1. Les processus actuels de déclaration et contrôle des allègements généraux

Dans la communication qu'elle avait rendue à l'Assemblée nationale¹³, la Cour des comptes estimait que la barémisation devrait conduire à un calcul direct par l'employeur des cotisations dues, sans modifications parallèle des procédures de recouvrement et de contrôle des URSSAF (hors révision des formulaires). En effet, les exonérations reposent aujourd'hui sur le principe de l'auto-déclaration : les informations déclaratives relèvent de la responsabilité de l'entreprise.

¹² Le comité de suivi des aides publiques aux entreprises et des engagements est présidé par le Premier ministre et animé par France Stratégie. Les partenaires sociaux et des parlementaires sont associés au comité.

¹³ « L'intégration dans un barème des taux de cotisations patronales des exonérations bas salaires et sur les heures supplémentaires », communication annexée au rapport n° 1002 de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, présenté par M. Pierre Méhaignerie, Député, le 25 juin 2008.

C'est à l'occasion de l'envoi du bordereau de recouvrement de cotisations que l'employeur déclare la masse salariale (totale et sous plafond) soumise à cotisation et le montant des cotisations (globalisées entre risques et entre salarial / patronal) qu'il a calculé. Le bordereau déclaratif envoyé par les entreprises est intégré très rapidement dans le système d'information, grâce à des lignes regroupant des cotisations ou contributions portant sur les mêmes assiettes (codes types) : chaque ligne comprend une assiette, un taux, généralement pré-rempli, et le montant de la cotisation ou contribution égale au produit assiette x taux. Dans les supports dématérialisés, c'est l'assiette qui est renseignée, le taux est pré-rempli et seule la cotisation globale – sur laquelle a lieu le contrôle – est reportée.

Si les organismes de recouvrement sont en mesure de vérifier rapidement la cohérence entre les assiettes déclarées et les cotisations recouvrées, du fait de l'existence de taux proportionnels, la cohérence du montant déclaré d'allègements (qui viennent en déduction) est vérifiée selon des modalités distinctes, ultérieurement¹⁴.

En cas de barémisation, la problématique pourrait devenir différente dans la mesure où des taux différents s'appliqueraient aux différents salariés dans le cadre d'une collecte qui resterait en tout état de cause agrégée au niveau de l'établissement déclarant. L'ACOSS, dans sa réponse à la Cour des comptes (2008), partageait l'idée qu'une réforme instituant une barémisation des allègements généraux « aurait des impacts très importants sur les modalités d'exercice de ses missions par la branche recouvrement », notamment concernant les contrôles *a priori* à partir des déclarations des entreprises. En effet, ceux-ci seraient *a priori* réduits puisque la mise en place de taux progressifs, différents à chaque niveau de rémunération inférieur au seuil de 1,6 SMIC, conduirait à ce que le contrôle de cohérence simple sur les lignes du bordereau récapitulatif ne soit plus possible pour une part très élevée des montants recouverts. Dans ces conditions, des contrôles de fiabilisation supplémentaires devaient être envisagés, sachant que la mise en œuvre de la DSN contribue à faire évoluer cette problématique.

II.3.2.2. Les évolutions introduites par la déclaration sociale nominative

La mise en place de la DSN est cependant susceptible de rendre le rapprochement et la vérification de la cohérence des données (cotisations recouvrées/dues) plus facilement envisageables, dans l'hypothèse d'une barémisation. En effet, les données de la DSN devraient être en principe suffisantes pour opérer des contrôles de cohérence entre données individuelles d'assiettes d'une part et données agrégées d'assiettes et de cotisations d'autre part, au mois le mois, et non plus à l'année comme dans le cadre de la déclaration annuelle des données sociales (DADS).

Encadré n°2 : La déclaration sociale nominative

Le projet de déclaration sociale nominative vise à permettre d'unifier et simplifier le système déclaratif des données sociales par la transmission périodique par les employeurs aux organismes de protection sociale, *via* un point unique de dépôt, de données relatives à l'emploi, aux rémunérations et cotisations des salariés, à un rythme mensuel, sous forme harmonisée et dématérialisée à partir des logiciels de paie. La DSN a vocation à se substituer aux déclarations sociales périodiques et annuelles (DUCS et DADS notamment) et à certaines déclarations suscitées par des événements particuliers, tels que l'arrêt de travail pour maladie ou les attestations de salaires à Pôle emploi pour l'ouverture du bénéfice des droits chômage. Dans le domaine du recouvrement des prélèvements sociaux, l'information nominative qu'elle comportera permettra d'améliorer les contrôles et les redressements éventuels, et de mieux prendre en compte leurs conséquences sur les droits sociaux des assurés.

¹⁴ Elle est en outre contrôlée, ultérieurement, lors des contrôles sur pièces ou sur place.

(suite encadré 2)

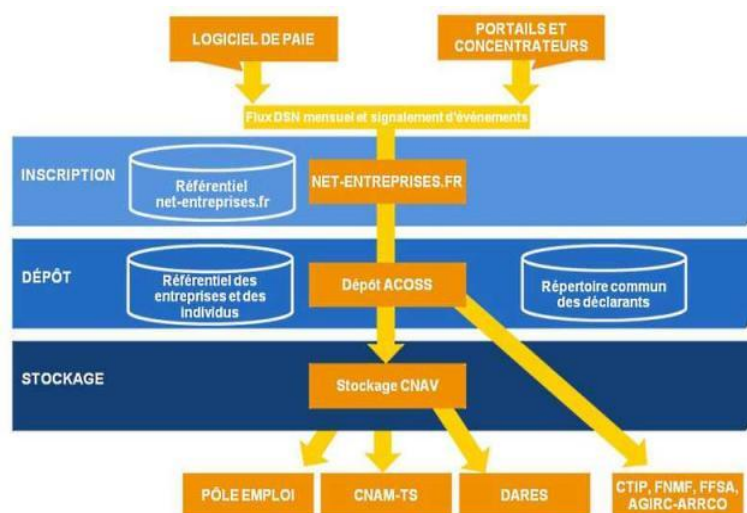
Le projet est en cours de déploiement :

- La phase de démarrage, lancée au 1^{er} trimestre 2013, avec des représentants volontaires des différentes catégories d'acteurs concernés (éditeurs, entreprises, tiers déclarant, organismes...) a contribué à la mise au point technique du dispositif avant son utilisation élargie. Les déclarations concernées étaient les attestations de salaire pour le paiement des IJ maladie, les attestations d'employeurs destinées à Pôle emploi, les déclarations de mouvements de main d'œuvre, les formulaires de radiation destinés aux organismes gérant les contrats collectifs (IP, mutuelles, sociétés d'assurances).

- La deuxième phase de la DSN, dont le démarrage en pilote s'est opéré en novembre 2014 et en réel en février 2015, élargit son périmètre aux bordereaux récapitulatifs des cotisations et contributions sociales destinés aux Urssaf et CGSS, ainsi qu'aux entreprises de travail temporaire.

- Une obligation intermédiaire a été fixée par un décret du 24 septembre 2014 pour permettre aux entreprises de se préparer dès maintenant à la DSN sans subir un éventuel goulot d'étranglement fin 2015. Les 15 000 plus grandes entreprises de France sont passées à la DSN de façon anticipée à partir de la paie d'avril 2015¹⁵.

Les transmissions s'effectuent *via* le portail netentreprises.fr (ou pour les entreprises du régime agricole, msa.fr) à une échéance unique pour chaque entreprise (le 5 ou le 15 selon le nombre de salariés). Net-entreprises.fr est chargé de répartir aux organismes, suite à l'avis favorable de la CNIL, les données nécessaires pour l'exercice de leur mission. Les transmissions doivent être opérées soit en dépôt de fichier, soit en mode d'échange de données informatisées (EDI) directement à partir du logiciel de paie.



La généralisation au 1^{er} janvier 2016 rendra la DSN obligatoire pour toutes les entreprises comme pour tous les organismes de protection sociale. Cette ultime phase permettra le remplacement par la DSN de la DADS-U et des dernières autres déclarations sociales. La DSN, sous réserve de l'ajout de seulement 17 données, pourrait ultérieurement être appliquée pour les fonctions publiques.

Sources : PLFSS pour 2015 – Annexe 3 / Communiqué de presse du GIP-MDS mars 2015

¹⁵ Sont concernées : les entreprises qui ont plus de 2 M€ de cotisations et contributions sociales dues au titre de l'année 2013 soit environ 15 000 entreprises en France ainsi que les entreprises ayant plus de 1M€ de cotisations sociales qui ont recours à un tiers déclarant dont la somme totale des cotisations et contributions sociales dues pour l'ensemble de ses clients et supérieure à 10 M€ au titre de l'année 2013.

II.3.2.3. L'évolution du recouvrement des cotisations et des contrôles, dans le cadre de la DSN

La nécessité de préciser et d'objectiver les relations potentielles entre la mise en place de la DSN et la faisabilité technique d'une barémisation ou d'une unification des cotisations a justifié la demande, formulée par le Haut Conseil aux services de l'ACOSS, d'une communication sur les effets d'une telle réforme sur les procédures de déclaration, de contrôle et de recouvrement (cf. Encadré n°3).

Encadré n° 3 : Contribution de l'ACOSS sur les enjeux d'une éventuelle barémisation des allègements en matière de recouvrement et de contrôle, dans le cadre de la DSN

1 - Pour l'ACOSS, le processus de recouvrement qui sera mis en œuvre suite à la DSN n'est pas fondamentalement modifié au moment de l'échéance et pour la récupération des créances

Un message agrégé au niveau de l'établissement, issu du logiciel de paie, cohérent avec les données individuelles, sera produit et envoyé, sous la responsabilité de l'entreprise, accompagnant les données individuelles. Ce message agrégé est traité comme une déclaration classique, avec les codes types, et intégré dans le système d'information (SNV2), comme c'est le cas sans DSN, pour traiter l'échéance avec la même rapidité. Des contrôles ont bien lieu à l'entrée sur le fichier de données individuelles DSN mais de manière très limitée (certifications de NIR par la CNAVTS ; contrôles de format, de dates ; contrôles du type total des assiettes individuelles et total agrégé notamment) avec des contrôles bloquants réduits, et non sur les données utiles pour le recouvrement telles que portées aujourd'hui sur le BRC (calcul des cotisations). Les contrôles *a priori* sur les données agrégées ont lieu comme aujourd'hui. Par ailleurs le recouvrement (la récupération des montants non recouverts spontanément) reste naturellement au niveau agrégé sur l'entreprise débitrice, sans recours aux données individuelles.

En revanche s'accroissent les possibilités de fiabilisation, de corroboration et de contrôle des données collectées au mois le mois. Les données agrégées utilisées par les URSSAF vont en effet pouvoir être rapprochées des données individuelles bien avant la fin de l'exercice. Cependant, ces rapprochements seront faits dans un second temps, pour sécuriser la gestion de l'échéance. Le processus de fiabilisation des données agrégées à partir des données individuelles est en cours de définition à l'ACOSS et sera beaucoup plus conséquent qu'aujourd'hui avec la DADS. Il sera développé progressivement en fonction des besoins identifiés et priorités. Les opérations de contrôle sur place pourront en DSN, comme cela se fait aujourd'hui avec la DADS, s'appuyer sur les données individuelles en mobilisant plus souvent ces informations dans les plans de contrôle eux-mêmes (c'est-à-dire au moment du choix des entreprises contrôlées) et pas seulement au moment du contrôle.

2 - Concernant la barémisation, l'approche envisagée pour la gestion des données DSN signifie que les corroborations seront possibles après l'échéance pour valider les calculs de cotisations individuelles et agrégées à partir des salaires déclarés et leur cohérence. Ceci nécessitera néanmoins de mener ces calculs de manière systématique, avec des coûts et charges qui devront être précisés et qui pourraient être importants en matière de systèmes d'information ainsi qu'au plan de la gestion.

En revanche la limitation indiquée dans la situation « BRC » ne sera pas levée au moment de l'échéance. Le respect de l'égalité « assiette x taux = cotisations » ne sera donc pas garanti à l'entrée des données dans le système d'information puisqu'elle n'est pertinente qu'au niveau individuel pour des montants conséquents de cotisations sachant qu'au 1^{er} janvier 2015 le nombre de contributions faisant l'objet d'allègement s'est accru avec le dispositif « zéro charges au SMIC » (CSA, 1 point d'AT et FNAL), ce qui devrait augmenter toutes choses égales par ailleurs le nombre de barèmes. Pour limiter les risques dès l'entrée dans le système d'information du recouvrement, il faudrait introduire des contrôles plus complexes.

(suite encadré 3)

Les opérations de contrôle sur place resteraient lourdes avec des contrôles sur l'ensemble des cotisations barémisées (4 en situation 2014 pour le cas général, plus si on prend en compte les ATMP, le CSA et FNAL), et plus lourdes que pour le seul allègement général, même en mobilisant dans le cadre des contrôles sur place les logiciels de paie avec leurs paramétrages. En effet, dans le cadre du contrôle des allègements généraux de cotisations patronales, l'inspecteur URSSAF vérifie les paramètres utilisés par l'employeur dans sa formule de calcul de l'allègement, paramètres liés à la situation individuelle du salarié dans l'entreprise. La mise en place de la barémisation reviendrait à systématiser ce mode de vérification fine, et ainsi à alourdir sensiblement la charge de contrôle. A cet égard, il convient de souligner que l'allègement général fait aujourd'hui l'objet de très forts redressements à la fois en faveur de l'URSSAF (150 M€ en 2014 soit 12 % des enjeux) et en faveur des cotisants (70 M€, soit 48 % des restitutions), traduisant la complexité de la mesure pour les entreprises. Ces problèmes seraient vraisemblablement accrus dans le cadre d'une barémisation, celle-ci ne pouvant reposer sur un barème unique. Les temps du contrôle en seraient allongés, à la fois du fait de ces vérifications mais aussi pour recalculer les impacts sur les cotisations d'autres erreurs déclaratives (avantages en nature...). Des redressements forfaitaires devraient être appliqués en cas d'erreurs déclaratives sur les barèmes.

Il en irait de même si la barémisation était étendue à d'autres catégories de cotisants. Pour le secteur public le traitement sur la base de l'auto-liquidation des cotisations est le même que pour le secteur privé mais la DSN ne sera pas disponible dans un premier temps. Pour les particuliers employeurs (dans le cas du CESU ou de la PAJE) et les travailleurs indépendants dont les cotisations font l'objet d'appels à partir de l'assiette déclarée, l'intégration dans les systèmes d'information serait plus simple même si son coût devrait également être chiffré.

Selon l'ACOSS, cette évolution devrait également être mise en regard des éventuels autres leviers permettant de répondre à moindre coût à l'objectif de clarification du niveau des taux effectifs de cotisation, et notamment de la possibilité, sans remettre en cause l'allègement général et les taux proportionnels, de faire calculer par l'URSSAF un taux agrégé de cotisation apparent qui serait communiqué aux entreprises, à l'image de ce que pratiquent les services fiscaux en matière d'impôt sur le revenu.

Source : ACOSS

*

Ces éléments d'étude font apparaître que la mise en place d'une barémisation des allègements généraux impliquerait, indépendamment des considérations sur son intérêt de principe, la réalisation de deux conditions :

- en termes calendaires, sa mise en œuvre serait subordonnée d'une part à la définition du devenir du CICE et d'autre part à une stabilisation et une « entrée en routine » de la DSN : c'est en effet seulement sur le fondement de règles stables au plan juridique et d'une garantie technique de qualité et de fiabilité des données que pourrait se déployer un tel projet ;

- en termes pratiques d'évolution des règles, les questions juridiques relatives aux employeurs et cotisants non concernés par les allègements généraux devraient être approfondies et, surtout, une limitation du nombre de barèmes potentiels devrait être décidée.

A cet égard, l'idée de barémisation deviendrait plus simple et pertinente si une cotisation globale de sécurité sociale employeurs finançait les branches concernées (*cf. infra*, partie III du chapitre) : en effet, l'obstacle lié aux huit barèmes actuellement à l'œuvre serait partiellement levé, leur nombre étant réduit à quatre, voire à deux. En outre, cette évolution permettrait de renforcer la lisibilité globale du financement en permettant une remise à plat des impôts et taxes affectés permettant de mieux les mettre en cohérence avec la nature des dépenses des branches qu'ils financent.

Les deux sujets de la barémisation et de la globalisation devraient donc être traités de front, la première étant plus difficilement envisageable sans la seconde.

III. L'hypothèse d'une globalisation des cotisations : une voie complémentaire pour faciliter la compréhension du prélèvement social en aval de la réforme du bulletin de paie

La lettre de mission du Premier ministre invite enfin le Haut Conseil à réfléchir à une « éventuelle globalisation des différentes cotisations sociales dues par les employeurs et les salariés dont le produit pourrait être ventilé entre les régimes et les branches, de façon articulée avec celui des impôts et taxes affectés ». Le sujet sera également étudié dans ses implications potentielles sur le bulletin de paie, et dans le contexte des efforts actuels de normalisation des données sociales.

III.1. L'intérêt et les limites d'une globalisation des cotisations

Comme indiqué en conclusion de la précédente partie, l'idée de « barémisation » peut contribuer à légitimer une réflexion sur l'unification des cotisations de sécurité sociale : celle-ci aboutirait à ce qu'une cotisation globale de sécurité sociale, dont le produit serait réparti entre branches par voie réglementaire, sur la base des prévisions inscrites dans les lois de financement de la sécurité sociale, finance les trois branches concernées (*cf. supra* sur le risque de barèmes multiples).

Le souhait de renforcer la lisibilité et la simplicité du prélèvement social, notamment en limitant les transferts nécessaires à l'équilibre financier des différentes branches, justifie aussi, et indépendamment des autres évolutions du financement de la sécurité sociale, une telle réflexion¹⁶.

III.1.1. *Le champ de la globalisation*

Le sujet suppose au préalable de déterminer si l'unicité envisagée concerne les cotisations salariales et/ou patronales de sécurité sociale.

✓ *Concernant les cotisations salariales*

La principale question tient au risque de distendre le lien entre les cotisations et les prestations, dont la portée a été rappelée dans les récentes décisions, par ailleurs débattues, du Conseil constitutionnel (*cf.* chapitre III du présent rapport sur le cadre juridique des cotisations).

Cependant, ce risque doit être nuancé : en dehors de la cotisation retraite (plafonnée et déplafonnée), n'existe pour les salariés qu'une cotisation de 0,75% au titre du risque maladie.

Une cotisation globale resterait donc appréhendée par eux comme un prélèvement contributif, peu différent, en montant ou en nature, des cotisations vieillesse actuelles. La perception d'une globalisation des prélèvements serait *a contrario* différente pour des travailleurs indépendants qui ont à acquitter la CSG/CRDS comme les salariés, mais aussi des cotisations famille et maladie.

¹⁶ Il convient de noter que l'idée a des précédents historiques (décret du 8 juillet 1945), voire contemporains (cas du régime des auto-entrepreneurs, au sein duquel un taux unique appelé sur l'assiette du chiffre d'affaires permet de régler les cotisations de sécurité sociale, la CSG et CRDS voire l'impôt sur le revenu – et justifier l'affiliation à un régime).

✓ *Concernant les cotisations patronales*

Hors accidents du travail-maladies professionnelles, qui conservent une logique individualisée selon la sinistralité enregistrée par l'entreprise ou la branche, aucun motif, que ce soit au plan des principes ou même de la gestion, ne paraît s'opposer à une globalisation des cotisations des trois autres branches, l'ACOSS conservant sa fonction de gestion de la trésorerie et d'affectation aux différentes branches du produit de cette cotisation.

Certes, les cotisations famille et maladie visent à financer des prestations universelles (sous condition de résidence, sans condition de ressources), tandis que ce sont des droits contributifs que garantissent les ressources des régimes de retraite.

Cependant, cette distinction est neutre au plan des droits des assurés ou de la gestion des flux de recouvrement. Comme on l'a vu, c'est « en bloc » que les employeurs calculent aujourd'hui le montant des cotisations dues.

Au-delà de ces principes, de premières réflexions peuvent être formulées sur les avantages attendus d'une telle globalisation et sur les limites qui y seraient attachées.

III.1.2. L'intérêt d'une globalisation des cotisations employeur

Outre l'intérêt symbolique de renouer avec l'unicité de gestion souhaitée à l'origine de la création de la sécurité sociale de 1945, la création d'une cotisation unifiée présenterait *a priori* deux intérêts :

- ✓ *une remise à plat possible des impôts et taxes affectés grâce à la globalisation des financements destinés aux branches*

Il serait possible d'envisager plus aisément dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale discutée au Parlement des échanges de montants de cotisation (entre famille ou maladie et retraite par exemple) et d'affecter aux branches des recettes fiscales en cohérence avec la nature de leurs dépenses (*cf.* chapitre I du présent rapport).

Aujourd'hui, ce sont des modifications de taux de cotisation prises par voie réglementaire ou des modifications complexes des charges des régimes et organismes et des transferts qui en résultent qui conduisent¹⁷, en pratique, à pondérer les ressources entre branches. En outre, la nécessité de financer les pertes de recettes liées aux allègements conduit à revoir régulièrement les clefs de répartition du produit de ces impôts et taxes.

Une manière plus transparente serait de conduire ce débat directement devant la représentation nationale, qui serait appelée à se prononcer sur la clef de répartition entre branches du produit de la cotisation globalisée, comme de la nature des impôts et taxes affectés à chacune d'entre elles.

¹⁷ *Cf.* le Chapitre IV du présent rapport sur l'architecture financière des régimes de protection sociale, et notamment les développements sur les transferts.

- ✓ *Un élément de simplification du bulletin de paie, mais au risque d'une moindre lisibilité pour le salarié*

Une cotisation unifiée limiterait le nombre de lignes du bulletin de paie.

Cependant, comme la globalisation n'est par construction pas extensible à des cotisations ayant à peu près les mêmes assiettes et qui demeureront (CSA, FNAL, AT et bien sûr régimes complémentaires, chômage), la simplification qui en résulterait pour les employeurs et éditeurs de logiciels ou experts comptables resterait limitée.

Du point de vue du salarié, ce type d'évolution pourrait en revanche contribuer à rendre moins explicite chacun des prélèvements sociaux et, de ce fait, à limiter leur compréhension (*cf. infra* point III.2.).

- ✓ *Un complément probablement indispensable si l'idée d'intégration des allègements dans le barème devait être retenue*

Comme indiqué *supra* (§ III.1.), une globalisation des cotisations employeurs permettrait de limiter le nombre de barèmes à gérer pour les cotisants et organismes de recouvrement dans l'hypothèse d'une intégration des allègements dans le barème et apparaît donc presque comme une condition de celle-ci.

III.1.3. Les limites de l'idée de globalisation

Deux limites principales peuvent être invoquées à l'idée de globalisation des cotisations de sécurité sociale :

- En premier lieu, la globalisation atténuerait le lien entre les recettes de la branche et ses dépenses, et reviendrait donc sur le principe de gestion financière autonome des risques promu dans la sécurité sociale depuis les ordonnances de 1967, et plus généralement sur un élément central de son pilotage. Ce point est particulièrement sensible en matière de retraites où des augmentations de cotisations ont été planifiées sur plusieurs années pour équilibrer le système (réforme de 2014).
- D'autre part, elle conduirait à mettre en évidence les différences, qui peuvent être expliquées par ailleurs, entre les taux ou assiettes s'appliquant aux cotisations des salariés du régime général et à d'autres catégories d'actifs (fonctionnaires, bénéficiaires d'abattements, taux ou assiettes forfaitaires, indépendants) et pourrait de ce fait relancer des débats sur l'équité et la contributivité du système.

A titre plus mineur, une cotisation unique patronale supposerait de définir précisément les règles en matière de recouvrement et en particulier l'ordre de priorité des prélèvements (qui est ainsi défini au niveau législatif pour les auto-entrepreneurs¹⁸).

En fin de compte, l'intérêt pour la lisibilité et la compréhension des prélèvements sociaux peut donc paraître limité si aucune autre modification du financement n'est envisagée par ailleurs. L'appréciation serait pour partie différente si cette mesure venait en conséquence de la barémisation des cotisations employeurs examinée précédemment.

¹⁸ Article L133-6-8-3 du code de la sécurité sociale

III.2. L'articulation de ces réformes et de la réflexion sur la simplification du bulletin de paie

Les évolutions en matière de cotisations sociales, qu'elles concernent les paramètres de celles-ci ou leur mode de recouvrement, font apparaître un triple dilemme :

- une réforme peut être source de simplification pour l'assuré ou le cotisant mais créer des difficultés de gestion pour les organismes de recouvrement (avec des risques associés en trésorerie ou en maîtrise de la gestion des données) ;
- une réforme peut aussi être source de simplification pour l'assuré ou le cotisant, au prix d'une perte de lisibilité sur la réalité ou la finalité de l'effort contributif ;
- une réforme assurant une lisibilité accrue du financement de la protection sociale au niveau macro-économique peut enfin ne pas forcément avoir de traduction spontanée au plan de l'élaboration et de la présentation du bulletin de paie.

Il y a donc nécessité de réfléchir, de façon articulée avec les hypothèses de barémisation ou de globalisation, aux enjeux relatifs aux données sociales, au recouvrement et à la feuille de paie.

L'éventuelle poursuite des réflexions sur les sujets liés à la barémisation et à la globalisation des cotisations impliquerait en tout état de cause que des conséquences en soient tirées au niveau de l'établissement des bulletins de paie avec le double enjeu :

- de mieux faire apparaître le coût du travail effectif (le bénéfice des exonérations ne figurant pas aujourd'hui sur le bulletin) ;
- de conserver aux salariés le bénéfice d'un degré d'information élevé sur la constitution de leurs droits sociaux et sur l'origine de leur financement.

Parallèlement aux travaux menés par le Haut Conseil, une mission de simplification de la fiche de paie a été confiée à M. Jean-Christophe Sciberras, avec le concours de Mme Agnès Jeannet, inspectrice générale des affaires sociales. La finalité de cette démarche est double : rendre plus compréhensible le document pour l'employeur et le salarié, d'une part, permettre des économies de gestion pour les employeurs d'autre part.

Une audition et des entretiens ont permis une information du Haut Conseil sur cette démarche et sa prise en compte dans le cadre de ses propres réflexions. Les travaux du groupe présidé par M. Sciberras ont en effet porté sur trois points principaux :

- ✓ une réflexion sur les termes utilisés sur les bulletins, dans une optique d'unification ;
- ✓ la réduction du nombre de lignes (aux fins de simplification) et les regroupements adéquats à envisager dans ce cadre ;
- ✓ la mise en lumière du coût du travail effectif au niveau du SMIC (aux fins de lisibilité), compte tenu des dispositifs d'exonération sur les bas salaires et, le cas échéant, du CICE.

Les discussions ont porté notamment sur l'opportunité de promouvoir sur le bulletin de paie une globalisation des cotisations par risque (en faisant figurer une ligne assurance vieillesse regroupant les cotisations plafonnée et déplafonnée de base, les cotisations des différentes tranches ARRCO et AGIRC et, le cas échéant, les cotisations au titre des retraites supplémentaires), ainsi que sur les leviers pour donner une vision récapitulative des différentes retenues sur salaire et de leur utilisation par risque.

Au regard des réflexions menées parallèlement par le Haut Conseil, une convergence se manifeste sur l'intérêt de mieux faire apparaître le coût du travail effectif, notamment pour les travailleurs peu qualifiés, et le montant des allègements de cotisations correspondants. En revanche, si elle a aussi le mérite de limiter le nombre de lignes du bulletin de paie, l'option étudiée par le Haut Conseil d'une globalisation des cotisations employeurs de sécurité sociale est différente de la logique de regroupement par risque (qu'ils soient couverts par les régimes de base, complémentaires ou supplémentaires) qu'a retenue le groupe de travail. S'opposent ici, de manière assez classique deux logiques : l'une de simplification, l'autre de compréhension et d'information. Le paradoxe n'est qu'apparent et pourrait être levé si des taux fictifs, par risque, de cotisations étaient reportés, par exemple dans un document récapitulatif.

La différence de calendriers potentiels entre les mesures de simplification du bulletin de paie (qui pourraient commencer à s'appliquer à l'horizon de 2017) et les hypothèses de barémisation ou de globalisation (plus éloignées pour les raisons évoquées *supra*) offre en tout état de cause le temps nécessaire à la bonne coordination des initiatives qui pourraient être prises en ce domaine.

III.3. Un levier en faveur de la lisibilité des prélèvements : la normalisation des données sociales

Au-delà de la présentation du bulletin de paie, une question importante est celle de son élaboration, dont la simplification passe par une plus forte normalisation des données sociales utilisées dans les opérations de paie : c'est le nombre d'autorités normatives et l'absence d'homogénéité de certains concepts utilisés qui posent aujourd'hui problème et mériteraient d'être revus.

Le projet de DSN est donc étroitement lié à celui de l'élaboration d'un référentiel simplifié des données sociales déclaratives que conduit simultanément le nouveau comité de normalisation des données sociales mis en place par le décret du 16 avril 2012 et dont les travaux ont été présentés au Haut Conseil par M. Jean-Louis Buhl (*cf. infra* encadré n° 4). En effet, la transmission des données nominatives et la périodicité mensuelle de la DSN ne sont possibles que par la collecte d'informations produites par les logiciels de paie, ce qui requiert une réduction et une harmonisation des données transmises. Ce référentiel, qui s'apparente à un recensement organisé des différentes rubriques déclaratives, en précisant leur définition technique, les organismes destinataires et leurs objectifs, doit permettre d'éviter de demander sous une dénomination différente plusieurs fois la même donnée ou une donnée qui pourrait être déduite d'autres éléments déjà déclarés.

Ainsi la DSN devrait-elle diviser par trois le nombre de rubriques donnant lieu à remontée d'informations par rapport à la DADS actuelle (environ 800), avec la définition d'une nouvelle norme de déclaration « NEODES » qui se substituera à la N4DS pour la généralisation de la DSN.

Encadré n° 4 : La normalisation des données sociales

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit que les déclarations sociales dématérialisées doivent être réalisées selon des normes informatiques arrêtées par le Ministre. Le décret du 16 avril 2012 relatif au comité de normalisation des données sociales a précisé les conditions de fonctionnement de l'instance chargée de rationaliser et simplifier les données sociales. Cette instance comprend des représentants des organismes de protection sociale et administrations concernés. En son sein, un comité des usagers réunit des professionnels de la paie et de l'expertise comptable issus d'entreprises utilisatrices. Le comité, présidé par M. Jean-Louis Buhl, a été installé dès le 17 avril 2012.

Le comité établit un document dénommé « référentiel des données sociales », au vu du recensement des éléments figurant dans l'ensemble des déclarations incombant aux employeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires ou de stipulations conventionnelles rendues obligatoires par de telles dispositions. Ce travail permettra de disposer d'un répertoire complet et clair sur les données demandées par l'ensemble des organismes sociaux.

Par ailleurs le comité soumet à l'approbation des ministres une proposition de norme d'échanges sous la forme d'un document appelé « cahier technique de la norme », accompagné d'un rapport présentant les choix effectués et leur impact, pour l'accomplissement de la DADS, puis des autres déclarations. Ce « cahier technique » décrit la manière dont doivent être déclarées les données par voie électronique. Enfin le comité fait toute proposition utile de simplification, homogénéisation ou suppression de données collectées.

Le Comité a axé ses premiers travaux sur les données qui sont dans le champ de la déclaration sociale nominative (DSN). Le mode de calcul de l'indemnité journalière (IJ) maternité a ainsi été modifié de sorte que le salaire net servant de base à la détermination de l'IJ soit obtenu par application d'un taux d'abattement forfaitaire de 21% au salaire brut, afin de ne plus collecter que la donnée salaire brut. Il n'est donc plus demandé aux entreprises qui choisissent la DSN de déclarer leur salaire net, donnée assez complexe à appréhender et donc source d'erreurs. Le comité a également lancé des groupes de travail sur les règles de calcul d'effectifs et de plafonds.

Dans un deuxième temps et dans le cadre de la DSN il ne sera ensuite plus demandé aux entreprises de déclarer leur effectif, ce dernier étant calculé par les organismes de protection sociale selon leurs règles, à partir des données déjà présentes dans la DSN.

Source : PLFSS pour 2015 – Annexe 3

Le rôle du Comité de normalisation est donc de parvenir à des définitions communes des données, traduites dans la norme de déclaration, mais aussi de réduire leur nombre en repérant les complexités inutiles de la réglementation. Des groupes de travail du comité travaillent ainsi sur les assiettes et les périodes de référence servant au calcul des prestations de remplacement, le calcul des effectifs, le mode de calcul des périodes et durées du travail, la gestion des plafonds, la définition des primes et indemnités ou des paramètres d'ouverture des droits.

Il serait donc important que les différents « chantiers » de simplification concernant respectivement le dispositif déclaratif, les bulletins de paie et les règles de calcul des cotisations aillent de pair. Ceci serait favorisé par l'instauration, pour les données sociales, d'une véritable compétence normative, comme en matière comptable par exemple. En effet, toutes les distinctions, définies par l'un ou l'autre des intervenants de la norme, qui s'écarterent du « droit commun » de l'assiette de prélèvement des cotisations, introduisent une complexité forte dans le prélèvement social, pris dans son ensemble.

*

Les réflexions proposées dans le présent chapitre montrent la grande connexion des différents sujets abordés. La complexité du financement de notre système de protection sociale se traduit *in fine* par un manque de compréhension des citoyens et un besoin de simplification pour les entreprises et les cotisants.

Les pistes ici étudiées peuvent concourir à limiter ces complexités et rendre plus compréhensibles les enjeux financiers de notre protection sociale. Elles supposent cependant que divers pré-requis soient remplis (devenir du CICE et fin de la montée en charge des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité, mise en place effective de la DSN), et que les différentes démarches soient articulées, à la fois quant aux choix de simplification retenus et à leur calendrier de mise en œuvre. Ce délai devrait aussi être mis à profit pour créer un contexte favorable à des simplifications ultérieures : c'est notamment l'enjeu de la normalisation des données sociales.

**Contributions des membres
du Haut Conseil du financement de la protection sociale**

Contribution de la Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Tout en considérant indispensable de poursuivre la mise en œuvre des recommandations du Haut conseil sur la clarification de l'affectation des ressources aux différentes branches de la sécurité sociale en fonction de la nature des risques couverts, la CFDT ne partage pas l'idée que simplicité et lisibilité aillent de pair.

En préalable, la CFDT est opposée à entériner au travers d'un barème progressif la totalité des allègements généraux. Le faire consisterait à se priver d'un levier pouvant servir de contrepartie à des engagements des entreprises en faveur de l'emploi ce qui ne peut conduire qu'à la création de nouveaux instruments.

S'agissant de la lisibilité, il paraît douteux qu'un barème progressif constitue une amélioration, encore moins s'il devait s'agir d'un barème globalisé dont la répartition serait en définitive arrêtée par les LFSS.

Une véritable amélioration en la matière passe au contraire par l'obligation d'inscrire sur les feuilles de paie le montant non acquitté par l'entreprise au titre d'exonérations générales ou ciblées.

A ce sujet, si la CFDT partage l'intention d'une plus grande pédagogie du bulletin de paie, elle considère qu'il est urgent d'attendre, là encore, la DSN. Le bulletin de paie n'est pas qu'un outil pédagogique ; il est aussi une pièce justificative en cas de litige et la suppression de certaines informations affaiblirait et complexifierait la défense des salariés.

La simplification du bulletin de paie, y compris dans un but pédagogique que nous souhaitons, suppose que les salariés puissent accéder à l'intégralité des données les concernant (détail des cotisations et prélèvements) *via* une interface dédiée, et que sur simple demande le salarié puisse recevoir un bulletin de paie mensuel papier tel qu'il existe aujourd'hui.

Contribution de la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)

Ce chapitre relève à juste titre l'enchevêtrement, pour ne pas dire plus, des différentes sources de financement de la sécurité sociale.

Pour FO, cette complexité dans le circuit du financement autorise l'Exécutif, comme la représentation nationale, à arbitrer quasiment à chaque PLFSS entre les différents équilibres qu'ils souhaitent présenter.

A l'arrivée, comme nous l'avions dénoncé à l'occasion de la réforme des retraites de 2014, seul un nombre particulièrement restreint d'experts semble en capacité de « lire » le schéma.

L'exemple type est fourni par les « allers retours » dans la prise en charge du minimum contributif, au moins d'une partie, par le FSV.

Enfin, la disparition programmée de la C3S n'apportera ni simplification, ni ressource bien sûr, mais répondra au crédo libéral sur les charges trop élevées des entreprises.

Concernant les allègements de cotisations patronales, nous marquons notre opposition à leur existence, qui n'a toujours pas prouvé son efficacité en terme de création d'emplois, malgré plusieurs décennies de pratique. Pire ceux-ci ne font que s'accroître sous l'effet d'une politique économique libérale axée sur l'allègement du coût du travail.

C'est particulièrement sur ce caractère permanent, et les conséquences qu'en tire le Haut Conseil, que nous souhaitons attirer l'attention.

Le sujet de la barémisation des cotisations qui tiendrait dans les faits compte des allègements ne peut nous satisfaire.

La première raison a déjà été évoquée plus haut : ces allègements n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation au regard de leur coût et de leur efficacité en termes d'emploi. De plus, le budget de la sécurité sociale pâtit du remboursement, qui n'est pas intégral, par le budget de la Nation.

La deuxième raison, évoquée lors des présentations en réunions du Haut Conseil, tient dans le fait qu'une fois « banalisé » à travers un barème, il y a un risque majeur, tous les ans lors des PLFSS et PLF, de voir les ressources de la sécurité sociale remises en cause.

En d'autres termes, et les politiques développées depuis de nombreuses années le prouvent, ce pourrait être l'outil, discret, de la variable d'ajustement social par rapport aux équilibres budgétaires imposés par la tutelle communautaire.

Enfin en rendant de fait progressive la cotisation, ce schéma s'inscrit dans une fiscalisation croissante du financement.

Quant à la simplification du bulletin de paie, FO s'est exprimée au sein de la commission présidée par M. Sciberras, nous signalerons ici juste notre opposition au concept qui ne fait du salaire qu'un coût du travail, niant de ce fait l'apport produit par ce travail.

Contribution de la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Ce chapitre vise à poursuivre la réflexion afin de renforcer la lisibilité des prélèvements sociaux et d'améliorer la transparence et la compréhension des conditions de l'équilibre financier de la protection sociale.

Y sont en particulier traités les enjeux de l'introduction de la barémisation des allègements généraux de cotisations sociales, à savoir la pérennisation du dispositif actuel via un barème progressif de cotisations sociales ainsi que l'articulation des allègements généraux et du CICE.

La CFE-CGC est très réticente quant à la mise en place éventuelle de la barémisation des allègements. Elle y voit des inconvénients dont certains sont pointés dans le rapport :

- Le dispositif d'allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires, déjà ancien, est bien connu des entreprises. Il n'est donc pas certain qu'un taux de cotisation linéairement progressif soit plus lisible qu'un taux de cotisation uniforme auquel s'applique la réduction de cotisations.
- Ce système efface la distinction entre exonération et exemption.
- Le dispositif d'allègements généraux est difficilement transposable en l'état actuel si l'objectif est d'afficher un barème simple de cotisations sociales. Huit barèmes coexisteraient et les taux apparents seraient différents d'un mois à l'autre, d'une entreprise à l'autre.
- Il existe un risque juridique (rupture caractérisée de l'égalité entre catégories socioprofessionnelles) à mettre en place la barémisation. Actuellement, tous les employeurs ne bénéficient pas du dispositif d'allègements généraux (employeurs publics, particuliers employeurs, travailleurs indépendants). Or, si la jurisprudence a admis le dispositif des exonérations tant qu'il concourait à l'objectif de développement de l'emploi, une barémisation conduirait, de fait, à faire de la progressivité des cotisations sociales la règle générale.
- La barémisation conduit à entériner un dispositif alors même que son efficacité n'a pas été évaluée précisément.
- Les barèmes d'allègement vont intégrer le CICE et la deuxième phase de réduction de cotisations liée au pacte de responsabilité ; ils ne sont donc pas stabilisés.

Est également étudié dans ce chapitre l'opportunité de globaliser les cotisations sociales.

La CFE-CGC met en perspective l'hypothèse d'une globalisation des cotisations sociales avec la mission de simplification du bulletin de paie confiée à Jean-Christophe Sciberras.

Pour la CFE-CGC, ces travaux s'entendent comme allant dans le sens d'une clarification des informations délivrées aux salariés afin d'en assurer une meilleure lisibilité. Les salariés doivent pouvoir comprendre et vérifier les informations de leur bulletin de paie qui doit conserver son caractère informatif, rigoureux et complet. Il est également indispensable de garantir la sécurité des données personnelles. Une solution pourrait être de créer un espace de stockage des

bulletins dématérialisés qui aurait sa place dans un espace national intégré dans le futur compte personnel d'activité (CPA).

Nous partageons la proposition de la mission qui vise à regrouper les cotisations par risques et à construire un référentiel des intitulés disponible sur un site internet dédié ; mais nous privilégions la version « longue » du bulletin de paie qui mentionne les taux, les bases de calcul des cotisations et le détail des cotisations retraites. C'est avec cet esprit que nous ne validons pas l'hypothèse d'une globalisation des cotisations sociales qui réduirait la lisibilité du bulletin de paie pour le salarié.

En conclusion, la CFE-CGC ne refuse pas *a priori* toute simplification mais voit dans les pistes explorées une complexité accrue qui va à l'encontre de l'objectif recherché. Il nous paraît aujourd'hui essentiel de laisser la DSN se déployer et de prendre la mesure des difficultés à surmonter avant d'engager de nouveaux travaux.

Contribution du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Le chapitre 2 du rapport du HCFiPS relatif à l'amélioration de la lisibilité des prélèvements sociaux et des conditions de financement de la protection sociale comporte trois types de considérations appelant des commentaires de la part du MEDEF.

S'agissant tout d'abord du devenir des allègements généraux et de leur articulation avec le CICE, le sujet présente à la fois une grande complexité technique et un enjeu économique et social considérable pour le pays. Le MEDEF appelle l'attention des pouvoirs publics sur le fait que le cahier des charges de la réforme à venir doit respecter les impératifs suivants :

- ne pas faire de « perdants » et donc éviter de déstabiliser les secteurs à haute intensité de main d'œuvre en remettant en cause le niveau du soutien à l'emploi peu qualifié,
- cibler les baisses de charges annoncées pour 2016 et 2017 en sorte de soutenir prioritairement la compétitivité des entreprises et l'emploi qui en découleraient,
- respecter l'autonomie des partenaires sociaux dans la gestion des régimes qu'ils pilotent et donc s'abstenir d'intégrer les cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire dans les allègements compensés par l'Etat.

A cet égard, il est regrettable que le chapitre se contente de reprendre l'esquisse de trois scénarii possibles de réaffectation des ressources entre régimes, branches et fonds mais « à prélèvements constants ». Cette approche limite la réflexion à la « tuyauterie » ou au mieux à la mise en cohérence sans aller sur les enjeux majeurs de compétitivité. Le HCFiPS ne semble pas tenir compte du cadre économique transformé, contrairement au Comité de suivi des aides publiques qui souligne dans sa note d'étape : « La France a également vu des parts de marché reculer et l'objectif de répondre à la perte de compétitivité française depuis quinze ans est désormais regardé comme une priorité ».

Le MEDEF observe également que le Haut Conseil a noté à juste titre que la barémisation des cotisations de sécurité sociale présentait des inconvénients majeurs : outre qu'elle n'apporte pas plus de lisibilité au financement de la protection sociale, elle représente une nouvelle réforme et donc nécessiterait de la part des entreprises de nouvelles contraintes et de nouvelles adaptations, dans un champ non stabilisé (augmentation programmée des cotisations d'assurance vieillesse, nouvelles baisses de charges annoncées...). De plus, elle comporte des risques juridiques au regard du principe d'égalité devant les charges publiques. Enfin, il serait inopportun d'opter pour la barémisation des cotisations dans la perspective d'en faire l'outil de généralisation de la progressivité des cotisations patronales, progressivité aujourd'hui limitée à l'action ciblée en faveur de l'emploi.

En effet, une telle augmentation aurait un effet économique et social négatif, augmentant le coût du travail qualifié, interrogeant l'acceptation par les salariés les plus qualifiés d'un système de protection sociale de plus en plus redistributif, et invitant les plus jeunes d'entre eux, plus mobiles, à aller faire fortune sous des cieux plus favorables à leurs légitimes ambitions. Cette dimension ne saurait être perdue, au risque de remettre très profondément en cause la solidarité intergénérationnelle. Les jeunes actifs producteurs de richesse n'accepteront pas sans limite de financer un système qui ne leur apporte rien, et leur renvoie la charge de la dette¹⁹. D'autant que le sentiment général est que leurs aînés n'ont

¹⁹ Déduction faite des exonérations de charges sociales, les taux de cotisations employeurs s'élèvent à 18,5% en 2015 pour un salarié au SMIC dans une entreprise de plus de 20 salariés, alors qu'ils atteignent 48 % pour un cadre rémunéré à 2,1 SMIC.

pas été capables de réduire la dépense publique au niveau pratiqué dans la moyenne des pays développés.

Quant à la globalisation des cotisations de sécurité sociale, elle faciliterait la barémisation des cotisations, en diminuant le nombre des barèmes, mais on a vu que la barémisation n'était pas un objectif en soi. Certes, elle aura peu d'impact sur les cotisations des salariés, qui n'ont en pratique, pour la sécurité sociale, quasiment plus que la cotisation vieillesse. Mais elle ne présente pas d'avantage en termes de lisibilité des prélèvements sociaux et de compréhension de la gestion des risques. Il serait préférable de commencer par mettre le financement des régimes de sécurité sociale en cohérence avec leur caractère plus ou moins contributif ou universel. Donc de financer la branche famille et les prestations en nature de l'assurance maladie par l'impôt (CSG, TVA), réserver les cotisations sur les salaires à la part contributive de l'assurance vieillesse.

Comme cela a été relevé au cours des travaux du Haut Conseil, la simplification du bulletin de paie ne correspond pas à une réelle demande sociale. Toute simplification est toutefois bonne à saisir, pour autant qu'il y ait vraiment simplification. C'est pourquoi le MEDEF a participé au groupe de travail mis en place sur le sujet. Il souligne aujourd'hui les trois écueils qu'il convient d'éviter à l'occasion de ce projet :

- vouloir inscrire dans le bulletin de paie de l'information sur les financements par l'Etat. D'une part, il s'agirait là d'une nouvelle complexité et non d'une simplification : information complémentaire non demandée, obligeant les entreprises à un calcul supplémentaire pour obtenir l'écart entre le taux normal et le taux réduit, risque d'information erronée lorsque du fait de l'annualisation le montant de l'allègement sera modifié rétroactivement... Si l'on veut faire une véritable information sur le coût du travail, il faudrait aussi parler des augmentations de cotisations (hausse de la cotisation vieillesse et baisse corrélative de la cotisation famille...). En somme, une complexité hors de portée. Quant au CICE, sa nature de crédit d'impôt le rend totalement étranger à la nature du bulletin de paie ;
- la simplification ne doit pas faire disparaître des informations que les salariés demanderaient ultérieurement aux entreprises, ni priver les entreprises de la preuve que ses obligations sont remplies à l'égard de l'URSSAF pour chaque salarié ;
- enfin, toute obligation d'adopter une nouvelle maquette constitue une nouvelle contrainte, et dans un premier temps une nouvelle charge dont il convient de laisser les entreprises juger du moment qui leur paraît le plus opportun.

Le MEDEF rappelle que le chantier majeur de simplification dans le domaine de la paie est le projet DSN. Ce chantier mobilise les entreprises, les éditeurs de paie, les organisations professionnelles, les organismes de protection sociale et les pouvoirs publics. Il est la priorité dans ce domaine. Il est conduit dans la perspective d'apporter de réelles simplifications de gestion pour les entreprises. C'est ce qui fait son intérêt : il va dans le sens de l'amélioration de la compétitivité des entreprises. Il permet de susciter des rapprochements de réglementation, donc des simplifications « en amont » et « en aval », comme on l'a vu avec les modifications adoptées par les partenaires sociaux, par exemple sur la gestion des « sommes isolées » pour les cotisations de retraite complémentaire.

Contribution de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

- **La simplification du bulletin de paie**

Ce sujet est récurrent. Certes, toute simplification administrative est bonne à prendre pour les utilisateurs et, plus généralement, pour les citoyens amenés à entrer dans l'application de textes légaux et réglementaires. C'est aussi un affichage politique positif.

Cependant, les tentatives de simplification du bulletin de paie, que nous avons vu présentées, n'ont pas eu le succès escompté et sont restées lettre morte.

Le regroupement de lignes est, certes, facile à réaliser. Mais il butte sur des différences de taux, des différences de destinataires et des différences d'orientation des politiques de ces derniers. Les échecs évoqués proviennent de cela et des doutes, ou désintérêt, des utilisateurs, sceptiques sur le caractère concret de la mesure.

La réglementation tous azimuts est une caractéristique de la société française et, notamment, de ses dirigeants. Mais l'accumulation des règles, normes et contraintes, sans aucune suppression des unes ou des autres, tend à un rejet de la part de ceux qui les subissent.

La simplification est donc à rechercher en permanence.

- **La DSN et son aval**

La DSN, en passe de devenir généralisée, peut-elle apporter quelque élément positif en la matière ? Sans doute. D'une part, parce que les entreprises semblent devoir être toutes informatisées, d'autre part, parce que l'envoi unique, réparti ensuite entre les administrations ou organisations intéressées les soulagera de redites diverses sur des formulaires divers (de base, de taux, etc...).

Hormis l'éclatement de l'information (positif) il est indispensable, pour un intérêt certain du dispositif, que les différences sus-évoquées soient limitées au maximum ou gommées. Les administrations ou organisations y sont-elles prêtes ? D'autant qu'elles peuvent, entre elles, avoir des politiques divergentes à mener, vu leur objet.

On peut penser ce que l'on veut des statistiques et de ce qu'on leur fait exprimer, mais pour un pays développé, on ne peut s'en dispenser. Au-delà du seul aspect positif de l'éclatement de l'information par la DSN, n'y a-t-il pas un risque de dispersion, ou d'évaporation, de données propres à nourrir les statistiques spécifiques à telle ou telle administration ?

- **L'éventualité de transferts**

Une autre harmonisation est à prévoir et, sans doute à exiger : celle des logiciels de paie. Les employeurs ne pourront valablement renseigner la DSN que si leur logiciel le permet facilement. Or toutes les entreprises ne sont pas équipées de logiciels les plus performants...

Cela nous amène à évoquer divers autres problèmes financiers.

La normalisation et l'harmonisation des logiciels de paie, imposées par la nécessité, auraient un coût. Lequel incomberait aux entreprises non encore pourvues d'un logiciel ad-hoc. Ce n'est pas parce que ce processus n'est, hélas, que trop habituel, qu'il sera bien accepté.

Il est aussi dans les habitudes d'un Etat impécunieux de rechercher partout des subsides. Si regroupement il y a des flux – pour raison de simplification et de regroupement vers les organisations devant recueillir des fonds pour des objets différents – ledit Etat ne risque-t-il pas d'être tenté de s'organiser quelque prélèvement supplémentaire à son seul profit ?

De manière plus générale, l'Etat ayant coutume de décider de mesures applicables par les entreprises, mais en leur en laissant le coût supplémentaire, n'y-a-t-il pas là un surcoût à prévoir ?

- **La barémisation des cotisations sociales**

Ce dispositif apporterait effectivement une simplification notable pour les entreprises. Plus de taux à appliquer, éventuellement, sur des bases diverses mais un ou plusieurs grands à-plats.

Faudrait-il que ce, ou ces, à-plats correspondent bien et facilement à leur destination ? Les organismes et organisations destinataires seront très regardants sur l'arrivée des flux les concernant. Cela pourrait fort bien écarter la barémisation.

Nous avons là une bonne matérialisation de la divergence possible entre ce qui peut être favorable à l'entreprise face aux besoins des organismes de la sécurité sociale.

Contribution du Régime social indépendant (RSI)

Le RSI est très attaché à l'objectif de simplification, de clarification et de lisibilité des cotisations acquittées par le cotisant. Si les développements du chapitre II du présent rapport traitent essentiellement des cotisations dues par les employeurs et les salariés, le RSI souhaite apporter un éclairage sur cette problématique pour les travailleurs indépendants.

En effet, le barème des cotisations des travailleurs indépendants est actuellement très complexe ce qui nuit grandement à sa lisibilité et de fait à son acceptation : on dénombre pas moins de cinq assiettes minimales différentes pour les cinq risques gérés par le RSI (2 900 € pour la retraite de base, 2 000 € pour le régime complémentaire, 7 600€ pour l'invalidité décès, 15 000€ pour les indemnités journalières et 3 800€ pour le risque maladie - prestations en nature). Sur la base de ce constat, le RSI vient, lors de son Conseil d'administration du 7 juillet 2015, de proposer à l'Etat une réforme du barème de cotisations qui consiste, en substance, à unifier les minimales en une seule de 4 400 € environ (11,50 % du PASS) pour tous les risques contributifs et à supprimer celle relative au risque maladie en considérant qu'il s'agit d'un régime universel ne justifiant pas de contributions minimales.

Cette évolution du barème des travailleurs indépendants va dans le sens des préconisations du HCFiPS concernant la clarification du financement de la sécurité sociale visant à adapter les sources de financement des différents risques gérés : aux risques universels, un financement par des cotisations et contributions proportionnelles aux revenus professionnels (prestations en nature de l'assurance maladie, branche famille, CSG-CRDS), aux risques contributifs, un financement par des cotisations avec une assiette unique minimale afin de garantir des droits sociaux minimaux.

Le pilotage des prestations servies sera bien entendu adapté au nouveau barème de cotisations minimales notamment les risques dont les cotisations minimales vont baisser (IJ, invalidité décès) tandis que davantage de droits seront générés sur les risques retraite (un trimestre supplémentaire validé pour les cotisants ayant des revenus inférieurs à l'assiette minimale et davantage de points pour le régime complémentaire).

En complément de cette réforme du barème et en écho aux réflexions relatives à la globalisation des cotisations et à la simplification du bulletin de paie, le RSI a également entrepris une réflexion consistant, en affichage, à globaliser les cotisations tous risques confondus et à exprimer le taux de cotisation non plus sur les revenus nets mais sur l'ensemble du coût du travail (intégrant donc le revenu net d'une part et les cotisations et contributions sociales d'autre part). C'est, en effet, seul le coût du travail qui revêt un sens économique contrairement au seul revenu net ou même au revenu brut du régime général (qui exclut les cotisations patronales). En termes d'acceptabilité du prélèvement social, cette présentation permet d'afficher un taux de prélèvement social non plus de 51% correspondant à la somme que le cotisant fait spontanément (somme doublement fautive car l'assiette de la CSG-CRDS n'est pas la même de celle des cotisations sociales et car, après prélèvement, il reste toujours au cotisant son revenu net et non pas 51% de son revenu net) mais un taux de prélèvement de 31% du coût du travail.

Chapitre III

Cotisations et contributions sociales

le cadre juridique actuel

Dans la lettre de saisine qu'il a adressée au Haut Conseil du financement de la protection sociale le 21 octobre 2014, le Premier ministre a demandé au Haut Conseil de réaliser une « *analyse des modalités par lesquelles les capacités contributives des assurés pourraient être davantage prises en compte dans la détermination des prélèvements sociaux* », eu égard « *aux contraintes imposées par la jurisprudence constitutionnelle relative aux impositions de toutes natures et aux cotisations sociales* ».

Pour conduire cette analyse, le Haut Conseil a d'abord pris appui sur ses propres travaux, notamment les développements du rapport d'étape de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale et en particulier son annexe II-D, qui rappelait les jurisprudences internes et européennes relatives aux prélèvements sociaux et identifiait les contraintes qu'elles imposent à l'intervention du législateur.

Depuis lors, ces questionnements initiaux se sont trouvés renforcés :

- d'une part, par la décision du Conseil constitutionnel n° 2014-698 DC du 6 août 2014, qui a déclaré non conforme à la Constitution une réduction dégressive des cotisations sociales à la charge des salariés adoptée par le Parlement dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 ;
- d'autre part, par l'arrêt *De Ruyter* de la Cour de justice de l'Union européenne du 26 février 2015, qui juge que seules des personnes affiliées à des régimes français de sécurité sociale doivent acquitter les prélèvements sociaux assis sur les revenus du patrimoine et des placements, étendant ainsi sa jurisprudence antérieure relative à la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pesant sur les revenus d'activité et de remplacement.

En outre, la mise en œuvre par les pouvoirs publics du « pacte de responsabilité et de solidarité » se traduit en 2015 par une reconfiguration importante des prélèvements sociaux et fiscaux, avec des enjeux en termes de simplification et d'amélioration de leur lisibilité qui sont analysés dans le présent rapport, et qui justifient ce réexamen de l'analyse juridique des cotisations et contributions sociales.

Dans ce contexte, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a d'une part bénéficié d'une contribution de M. Olivier Dutheillet de Lamothe, ancien Président de la section sociale du Conseil d'État, qui est jointe en annexe III.1 au présent chapitre.

D'autre part, il a demandé à M. Jean-Luc Matt, maître des requêtes au Conseil d'État, de passer en revue la jurisprudence constitutionnelle, administrative et judiciaire – pour ce qui concerne le droit interne - et européenne, et d'apprécier la portée juridique qu'elle implique pour l'évolution possible des prélèvements qui contribuent au financement de la protection sociale (cotisations sociales à la charge des employeurs et des salariés, CSG, autres impôts et taxes).

Le présent chapitre du rapport reprend le texte de cette analyse, en y ajoutant en conclusion quelques éléments de questionnement, dans la mesure où le resserrement des contraintes pesant sur le législateur qu'elle retrace n'est pas sans soulever des interrogations de fond, voire en termes de choix démocratiques, s'agissant de la lisibilité et de l'évolution future du prélèvement social.

*

* *

Les développements ci-après, rédigés par M. Jean-Luc Matt, se donnent donc pour ambition de mesurer le degré de sécurité juridique de plusieurs pistes possibles d'évolution des cotisations et contributions sociales. Dans une première partie sera rappelée la nature juridique des différents prélèvements sociaux, tant au regard du droit interne que du droit européen. En effet, si la CSG a été qualifiée d'imposition de toutes natures en droit interne, en raison de sa finalité, elle est en revanche assimilée à une cotisation sociale en droit de l'Union européenne (UE), compte tenu de son affectation à la sécurité sociale. Dans une seconde partie seront étudiées, au regard du principe d'égalité, plusieurs pistes de réforme possibles des prélèvements sociaux. Si les facultés contributives des contribuables doivent être évaluées au niveau du foyer fiscal, des interrogations subsistent sur le degré de personnalisation possible des différents prélèvements sociaux selon leur nature.

Les analyses objectives qui suivent se fondent sur les jurisprudences existantes concernant les questions juridiques que sont susceptibles de poser plusieurs scénarios de réforme des cotisations et contributions sociales. Elles ont pour seule vocation de déterminer un éventail des possibles. La conformité aux règles de droit supérieures, tant constitutionnelles qu'européennes, de tout projet de réforme particulier dépendra en tout état de cause des différents paramètres retenus, des scénarios envisagés et du cadre d'ensemble des réformes. Il n'est pas possible non plus à ce stade d'anticiper d'éventuelles évolutions de jurisprudence, notamment au niveau constitutionnel, qui pourraient résulter d'évolutions substantielles du système de sécurité sociale envisagées, par ailleurs, par le Haut Conseil.

Au regard de ces jurisprudences, les cotisations sociales salariales n'ont pas vocation par elles-mêmes à mettre en œuvre une politique de redistribution des revenus au-delà de leur caractère essentiellement proportionnel. Seule une appréciation globale des facultés contributives des personnes physiques, dans le cadre des contributions sociales qui sont des impositions de toutes natures, permettrait d'atteindre un tel objectif. En revanche, les cotisations sociales patronales sont un vecteur plus souple permettant de mener des politiques de réduction du coût du travail pour les employeurs et de simplifier le prélèvement social.

I. La nature juridique des prélèvements sociaux

On peut regrouper en principe selon trois catégories juridiques²⁰ les ressources publiques permanentes : les redevances, les cotisations et les impositions de toutes natures. Les redevances se caractérisent par l'existence d'une contrepartie directe, les cotisations par une contrepartie indirecte et les impôts par une absence de contrepartie. En matière de prélèvements sociaux, on est en présence, soit de cotisations sociales, soit de contributions sociales ayant le caractère d'imposition.

Les interrogations concernant la nature juridique des cotisations et contributions sociales sont essentielles, non seulement pour savoir quelle autorité constitutionnelle est compétente pour déterminer les règles qui leur sont applicables, mais aussi pour connaître les principes de fond à respecter s'agissant de chaque type de prélèvement.

I.1. Les cotisations sociales

La notion même de cotisation sociale n'est définie ni par la Constitution, ni par les dispositions du code de la sécurité sociale de niveau organique²¹, ni même par la loi. Il revient donc à la jurisprudence à la fois de déterminer, au regard des critères qu'elle fixe, ce que sont les cotisations sociales et quels principes leur sont applicables. Ces critères et principes encadrent l'action des pouvoirs publics en la matière.

I.1.1. La qualification juridique de cotisation sociale

Les cotisations sociales relèvent des principes fondamentaux de la sécurité sociale au sens de l'article 34 de la Constitution : il s'agit d'éléments constitutifs des régimes de sécurité sociale. Pour que le juge reconnaisse l'existence de cotisations sociales, il faut qu'il y ait, en contrepartie de leur paiement, ouverture d'un droit à prestation ou avantage servi par un régime de sécurité sociale. Cette notion de contributivité est liée à l'origine bismarckienne des assurances sociales.

La Cour de cassation²² a retenu la définition suivante des cotisations sociales, dans le cadre de l'organisation générale de la sécurité sociale depuis 1945 et pour les distinguer des anciennes cotisations ouvrières et patronales qui constituaient alors juridiquement un élément différé du salaire : elles sont « *acquises au fonds commun des assurances sociales, qui en devient propriétaire, et confondues avec les autres ressources dont dispose cet organisme, pour être ultérieurement (...) réparties indistinctement envers les bénéficiaires au fur et à mesure que s'ouvrent leurs droits* ». Le lien indirect mais certain entre cotisations et prestations, caractéristique du principe contributif au fondement des cotisations sociales, est ainsi clairement établi.

²⁰ Les taxes parafiscales ont été supprimées par la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF).

²¹ Dispositions issues de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

²² Ch. réun., 8 juillet 1953, *Caisse régionale de sécurité sociale de Paris c/ Lorig*.

Le Conseil constitutionnel (CC) a repris ce critère contributif, d'abord en indiquant qu'il appartient au pouvoir réglementaire « *de fixer dans le cadre d'un régime de pension la base du calcul des cotisations et des prestations, à condition cependant que les unes et les autres soient calculées sur des bases similaires* »²³, puis en donnant une définition explicite des cotisations sociales : « *les cotisations versées aux régimes obligatoires de sécurité sociale qui résultent de l'affiliation à ces régimes constituent des versements à caractère obligatoire de la part des employeurs comme des assurés ; (...) ces cotisations ouvrent vocation à des droits aux prestations et avantages servis par ces régimes* »²⁴. Il a toutefois fait évoluer, depuis 2012²⁵, sa définition des cotisations, en ne retenant plus le terme de « *vocation* » ni la mention de l'affiliation, mais en faisant plus directement référence aux « *cotisations ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par le régime obligatoire de sécurité sociale* ». On peut s'interroger sur la portée réelle de cette évolution sémantique, en l'absence notamment de commentaire aux Cahiers du CC sur ce point : le CC exigerait-il désormais un lien plus direct qu'avant entre cotisations et prestations, sans pour autant que ce lien soit aussi rapproché qu'entre une redevance et un service rendu ? Dans sa décision du 13 décembre 2012, le CC s'en est tenu à la nature du prélèvement et non au contenu de son assiette pour juger qu'en déplaçant les cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants, « *les dispositions contestées n'ont pas modifié leur nature de cotisations ; que, par suite, ces cotisations ne relèvent pas de la catégorie des impositions de toutes natures au sens de l'article 34 de la Constitution* ». En revanche, dans sa décision du 6 août 2014 et comme on le verra *infra*, le CC a exercé un contrôle inédit et renforcé sur les caractéristiques législatives des cotisations au regard de leur objet, témoignant de l'importance du critère du lien contributif dans la jurisprudence constitutionnelle.

Le Conseil d'État (CE) a repris textuellement la définition initiale du CC : « *les cotisations versées aux régimes obligatoires de sécurité sociale constituent des versements à caractère obligatoire qui ouvrent vocation au bénéfice des prestations et avantages servis par ces régimes* »²⁶. Sur ce fondement, il a jugé qu'une contribution ne peut pas être qualifiée de cotisation dès lors qu'elle est en partie à la charge de personnes relevant d'un régime de sécurité sociale autre que celui qu'elle a vocation à financer. En sens inverse, le CE a implicitement jugé²⁷ que la contribution patronale finançant le régime des artistes et auteurs constitue une cotisation sociale, dès lors qu'elle est due par toute personne qui procède à la diffusion d'œuvres et bénéficie donc, indirectement mais certainement, de ce régime.

Comme l'exposait le commissaire du gouvernement P. Hubert²⁸ : « *la cotisation sociale est due par une catégorie particulière de personnes, sans doute fort large mais délimitée avec précision : les bénéficiaires du régime concerné, c'est-à-dire en général les affiliés qui bénéficient des prestations, ou des employeurs qui bénéficient indirectement de la protection assurée aux salariés.*

²³ Décision n° 65-34 L du 2 juillet 1965.

²⁴ Décision n° 93-325 DC du 13 août 1993 sur la loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France.

²⁵ Dans sa décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 sur la LFSS 2013.

²⁶ 6 octobre 1999, n° 200241, *Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes*.

²⁷ 10 octobre 1980, n° 10431, *Syndicat national des antiquaires et SARL Galerie Schmit*.

²⁸ Dans ses conclusions sur la décision d'Assemblée du CE du 26 octobre 1990, n° 72641, *Union des assurances du secteur privé*, qui ont très directement inspiré la définition retenue par le CC.

Ce lien entre la cotisation et le bénéfice n'est pas mécanique et n'a donc rien à voir avec le lien qui unit la prime d'assurance à la prestation, même s'il constitue comme une réminiscence de ce que la sécurité sociale doit à la technique de l'assurance ». Le CE²⁹ a ainsi qualifié de cotisation sociale, au regard de l'article 34 de la Constitution, la cotisation assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur, qui avait été instituée en 1967. Cette décision était fondée sur le champ des assujettis : ne devaient alors payer cette cotisation que les personnes physiques ou morales soumises à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur qui cotisaient également à un régime obligatoire d'assurance maladie ou bénéficiaient d'un tel régime en qualité d'ayant droit. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2002 a toutefois supprimé la condition liée à l'affiliation à l'assurance maladie pour y être assujetti. En l'absence de tout lien contributif, il s'agit donc désormais d'une imposition de toutes natures³⁰.

Le champ des cotisations sociales ne semble pas limité aux régimes obligatoires de base. On peut penser qu'il inclut également les régimes complémentaires obligatoires. Le fondement constitutionnel des cotisations sociales relevant des principes fondamentaux de la sécurité sociale au sens de l'article 34 de la Constitution, on est en présence de cotisations tant qu'on peut se relier à cette notion. Le CC a ainsi rattaché³¹ à ces principes la détermination des personnes assujetties à l'obligation de cotiser au régime complémentaire de retraite du personnel navigant de l'aéronautique civile. Le sujet est plus délicat pour le régime d'assurance chômage, qui ne relève pas des principes fondamentaux de la sécurité sociale mais de ceux du droit du travail. Le CE a admis³² que les contributions des employeurs et des salariés destinées au financement du régime d'assurance chômage sont aussi des cotisations sociales, en relevant³³ l'absence de « *lien direct* » entre le montant de ces cotisations et les avantages « *immédiats* » que les employeurs et les salariés peuvent en retirer. Dans le même champ, le CC a qualifié de cotisation sociale³⁴ la contribution « Delalande » en relevant que, payée par les employeurs licenciant des salariés âgés, elle concourait au financement d'allocations versées aux travailleurs privés d'emploi.

Mais dès que l'on quitte le champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) au sens de la comptabilité nationale, la qualification de cotisation sociale ne peut plus être retenue. Ainsi le CC a-t-il requalifié en imposition de toutes natures la contribution versée par les employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL), car cet organisme divers d'administration centrale (ODAC) finance des aides personnelles au logement qui ne sont pas des « *prestations et avantages servis par un régime obligatoire de sécurité sociale* »³⁵.

²⁹ Dans sa décision précitée du 26 octobre 1990.

³⁰ Depuis 2015, il s'agit d'une composante particulière de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances, dont le produit est affecté à la branche famille.

³¹ Décision n° 84-136 L du 28 février 1984 sur la nature juridique de dispositions contenues dans des textes relatifs à la sécurité sociale.

³² 16 février 2001, n° 208609, *UNEDIC*.

³³ 5 janvier 1994, n° 73875, *Ministre du budget c/ UAP*.

³⁴ Dans ses décisions n° 92-311 DC du 29 juillet 1992 et n° 94-357 DC du 25 janvier 1995.

³⁵ Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014 sur la LFSS 2015.

1.1.2. Les conséquences de la qualification de cotisation sociale

La détermination des autorités compétentes en matière de cotisation sociale a été précisée par le CC : « *si, en ce qui concerne le régime des assurances sociales, doivent être compris au nombre [des] principes fondamentaux [de la sécurité sociale] la détermination des catégories de personnes assujetties à l'obligation de cotiser ainsi que le partage de cette obligation entre employeurs et salariés, il appartient au pouvoir réglementaire de fixer le taux de la part qui incombe à chacune de ces catégories dans le paiement de la cotisation* »³⁶. Relève par voie de conséquence de la compétence du législateur la détermination des catégories de bénéficiaires exemptés de cotisation, et de celle du pouvoir réglementaire la précision des « *éléments des conditions d'une exonération* »³⁷. La loi se doit de « *déterminer les éléments de l'assiette des cotisations sociales et de poser le principe d'exonérations et de leur limitation, [alors qu']il appartient au pouvoir réglementaire de définir, sans dénaturer l'objet et la portée de la loi, les montants et les taux de ces exonérations* »³⁸. Le CE a une jurisprudence concordante³⁹.

La compétence du législateur pour déterminer les conditions générales d'assujettissement aux cotisations sociales est limitée par la nature même de ces ressources publiques particulières. Dès lors que les cotisations doivent entretenir un lien, certes indirect mais suffisamment fort avec les prestations servies par le régime qu'elles permettent de financer, elles ne peuvent pas être fixées sans rapport avec les paramètres essentiels de ce régime.

Le CC a donné une portée maximale à la définition des cotisations sociales comme « *versements à caractère obligatoire ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par* » des régimes obligatoires de sécurité sociale dans sa décision du 6 août 2014 sur la LFRSS 2014. Après avoir relevé que les prestations et avantages auxquels les cotisations salariales d'assurance vieillesse à la charge des travailleurs salariés ouvrent droit « *sont soumis à un plafond et déterminés en particulier en fonction de la durée de cotisation ainsi que des salaires sur lesquels ont porté ces cotisations* », il a censuré un dispositif de réduction dégressive des cotisations salariales (rendant progressif le taux de ces cotisations jusqu'à 1,3 SMIC) qui avait pour effet qu'un régime de sécurité sociale continuerait « *à financer, pour l'ensemble de ses assurés, les mêmes prestations malgré l'absence de versement, par près d'un tiers de ceux-ci, de la totalité des cotisations salariales ouvrant droit aux prestations servies par ce régime* ».

Cette décision a été très discutée en doctrine⁴⁰. Le CC a en réalité jugé que le législateur ne pouvait pas, pour atteindre un objectif de pouvoir d'achat au profit des travailleurs pauvres, dénaturer la notion même de cotisation.

³⁶ Décision n° 60-10 L du 20 décembre 1960.

³⁷ Décision n° 70-66 L du 17 décembre 1970 concernant les prestations sociales agricoles.

³⁸ Décision n° 97-388 DC du 20 mars 1997 sur la loi créant les plans d'épargne retraite.

³⁹ Ass., 10 juillet 1996, n° 131678, *URSSAF de la Haute-Garonne*.

⁴⁰ Pour : J.-P. Camby, *Impositions, cotisations, Constitution*, RFFP, novembre 2014 ; R. Pellet, *Les assurances sociales sont-elles solubles dans la fiscalité ?*, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, janvier 2015.

Contre : M. Collet, *Le CC et la distinction des impôts et des cotisations sociales*, *DF*, octobre 2014 ; J. Barthélémy, *LFRSS 2014 : le CC et la réduction des cotisations sociales des bas salaires*, *Droit social*, octobre 2014 ; A. Barilari, *La définition traditionnelle des cotisations sociales ou l'arbre qui cache la forêt*, *RFFP*, novembre 2014 ; O. Dutheillet de Lamothe, audition par le HCFiPS en décembre 2014.

Il a en effet estimé, en substance, qu'une cotisation salariale doit être essentiellement proportionnelle, à défaut de quoi elle devrait être requalifiée en imposition : « *l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale* », pour reprendre les termes mêmes du CC⁴¹, consiste seulement à ouvrir des droits à prestation, par l'intermédiaire de l'affiliation à un régime de sécurité sociale. Cette définition de ce que doit être, sur le fond, une cotisation sociale repose exclusivement sur les critères jurisprudentiels utilisés par le CC lui-même pour définir cette catégorie juridique particulière de ressources publiques, dans le cadre de régimes d'assurances sociales. Le CC n'a notamment pas pu s'appuyer sur un principe fondamental reconnu par les lois de la République (PFRLR), qui poserait le caractère proportionnel des cotisations⁴². Il aurait pu considérer que les caractéristiques essentielles d'une cotisation sociale constituent un des principes fondamentaux de la sécurité sociale, que le législateur est compétent pour fixer en vertu de l'article 34 de la Constitution.

Cette consécration constitutionnelle du caractère essentiellement proportionnel des cotisations sociales doit toutefois être tempérée par un autre élément central de la sécurité sociale, également présent dans la jurisprudence du CC. En effet, la sécurité sociale est fondée, non pas seulement sur le caractère d'assurance sociale principalement contributive, mais aussi sur le principe de solidarité nationale. On trouve plusieurs modalités de prise en compte de ce principe⁴³ dans la jurisprudence constitutionnelle.

En premier lieu, le CC a admis⁴⁴ que des conditions de ressources soient fixées pour bénéficier des allocations familiales, pourtant financées par des cotisations patronales assises sur tous les salaires. Ainsi le fait, pour certains cotisants employeurs, de contribuer au financement de prestations familiales sans que tous leurs salariés avec enfant bénéficient corrélativement de ces prestations n'est pas contraire par lui-même au principe d'égalité. De même, dans le cadre du régime d'assurance chômage, le CC a accepté, d'une part, que l'attribution des avantages résultant de ce régime soit « *subordonnée sous certaines conditions à l'absence de refus sans motif légitime d'un travail ou d'une formation* » et, d'autre part, que les cotisations finançant l'allocation d'assurance puissent en partie être affectées « *dans un but d'intérêt général, à des mesures de reclassement ou de réinsertion destinées à des salariés privés d'emploi entrant dans le champ de ce régime d'assurance* »⁴⁵.

En deuxième lieu, le CC a accepté⁴⁶ que les ressources d'une branche, financées au moyen de cotisations consubstantielles à cette branche, soient déviées par le législateur pour financer d'autres branches « *en raison de la solidarité mise en œuvre tant au sein de chaque régime de base qu'entre régimes de base différents par les transferts et compensations entre régimes* » : les cotisations familiales peuvent ainsi contribuer au financement des majorations familiales des pensions de vieillesse, qui sont à la charge de la branche vieillesse. En tout état de cause, il existe de nombreux mécanismes déconnectant partiellement cotisations et ouverture de droits (assiettes ou cotisations forfaitaires, revenus perçus après la liquidation de la pension qui sont assujettis à cotisation mais n'ouvrent plus

⁴¹ Le CC avait déjà fait référence à « *l'objet* » des cotisations sociales dans sa décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 et il l'a fait de nouveau explicitement dans sa décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015.

⁴² La référence législative à des cotisations « *proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés* », figurant à l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale pour la seule assurance maladie, résulte de l'ordonnance du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale. L'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale fixait elle-même directement un taux de cotisation, qui était proportionnel sur une assiette plafonnée.

⁴³ Qui figure aujourd'hui au premier alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴ Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 sur la LFSS 1998.

⁴⁵ Décision n° 94-357 DC du 25 janvier 1995 sur la loi portant diverses dispositions d'ordre social.

⁴⁶ Dans sa décision précitée du 18 décembre 1997.

aucun droit, cotisations de solidarité n'ouvrant pas de droits supplémentaires comme les cotisations salariales et patronales d'assurance vieillesse déplafonnées).

En dernier lieu, le CC a reconnu « *le motif d'intérêt général qui s'attache à la mutualisation des risques dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe de solidarité nationale* ». Un tel motif d'intérêt général lui a permis de valider l'affiliation obligatoire au régime français d'assurance maladie des résidents français travaillant en Suisse qui ont fait le choix de ne pas être affiliés au régime suisse d'assurance maladie⁴⁷. En se fondant sur les objectifs à valeur constitutionnelle définis par les alinéas 10 et 11 du Préambule de la Constitution de 1946, le CC a aussi validé la création d'une nouvelle branche accidents du travail au sein du régime des exploitants agricoles⁴⁸.

Enfin, on observera que les employeurs ne bénéficient pas eux-mêmes, en contrepartie du versement des cotisations patronales, d'avantages équivalents. Pour autant, le CC vérifie aussi si une cotisation patronale ouvre ou non des droits à prestations au bénéfice des salariés⁴⁹. Il semble donc qu'à la différence des cotisations salariales, le CC accepte que le lien contributif avec les prestations soit beaucoup plus indirect en matière de cotisations patronales, sans qu'il n'y ait pour autant de différence de nature entre cotisations salariales et cotisations patronales au sein de la catégorie juridique des cotisations sociales.

Lors de son audition par le Haut Conseil en décembre 2014, O. Dutheillet de Lamothe a évoqué une piste consistant à définir, dans une loi organique (LO) prise sur le fondement de l'article 34 de la Constitution, la notion de cotisation sociale, afin de permettre une modulation des taux des cotisations, encadrée et limitée, par dérogation à leur caractère essentiellement proportionnel. Cette piste pourrait se fonder sur la large habilitation conférée au législateur organique financier par le CC : la LOLF peut ainsi « *prévoir, d'une part, les modalités selon lesquelles les recettes et les charges budgétaires ainsi que les autres ressources et charges de l'Etat sont évaluées et autorisées par les lois de finances, et d'autre part, les dispositions inséparables de ladite autorisation* »⁵⁰. Elle doit toutefois être appréhendée avec prudence, car elle repose sur un pari : une telle définition de fond n'emporterait aucune règle de compétence particulière; de sorte qu'il faudrait pouvoir considérer que les « *conditions* » mentionnées par l'article 34 de la Constitution autorisent le législateur organique à édicter directement une règle de fond même sans lien avec une règle de compétence.

Si une LO doit fixer les « *conditions* » dans lesquelles les LFSS déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale « *compte tenu de leurs prévisions de recettes* », la LOLFSS validée par le CC⁵¹ ne contient que des dispositions de procédure ou de compétence respective entre LFSS et lois de finances, et non des règles de fond.

⁴⁷ Décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015, *Comité de défense des travailleurs frontaliers du Haut-Rhin*.

⁴⁸ Décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001.

⁴⁹ Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014 sur la LFSS 2015.

⁵⁰ Décision n° 2001-448 DC du 25 juillet 2001 sur la LOLF.

⁵¹ Décisions n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005 et n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010.

Ainsi, la mention de la possibilité de créer ou modifier, sans compensation, des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale a seulement pour objet de prévoir la compétence exclusive de la LFSS en la matière. De même, la règle jugée de nature organique encadrant les possibilités de transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) précise les conditions dans lesquelles la LFSS doit déterminer, chaque année, l'objectif d'amortissement de la dette sociale. On observera, par parallélisme, que la LOLF ne précise pas la notion constitutionnelle d'imposition de toutes natures. Son article 2 prévoit certes que la loi ne peut affecter directement à un tiers par rapport à l'État des impositions de toutes natures « *qu'à raison des missions de service public confiées à lui* », mais il s'agit seulement ainsi pour le législateur organique de l'exercice de sa compétence consistant à préciser les modalités selon lesquelles les impôts sont autorisés chaque année par la loi de finances⁵². Or il n'existe pas d'autorisation annuelle équivalente de perception des cotisations sociales. Il y a donc un risque indéniable que le CC censure pour incompétence une disposition remettant en cause, sur le fond, la portée de sa jurisprudence sur la notion de cotisation, laquelle s'impose pourtant à tous les pouvoirs publics en vertu de l'article 62 de la Constitution. Au visa du même article, il en irait bien évidemment de même si la loi simple reprenait une disposition ayant un effet équivalent. Seule la mention dans la Constitution elle-même de ce que devraient être les principales caractéristiques des cotisations sociales permettrait de remettre en cause directement cette jurisprudence.

I.2. Les contributions sociales

A défaut du respect des critères permettant de qualifier un prélèvement obligatoire (au sens juridique du terme) de redevance ou de cotisation, le juge le qualifiera d'imposition de toutes natures : peu importe la dénomination, tout prélèvement à caractère obligatoire et de nature non budgétaire est ainsi qualifié s'il ne relève pas d'une autre catégorie. Il s'agit en quelque sorte de la catégorie-balai, ce qui est paradoxal alors qu'il s'agit de la catégorie à la fois la plus contraignante juridiquement (au regard de la compétence du législateur et des droits et libertés constitutionnels à respecter) et la plus forte symboliquement. Mais au regard de ce que sont les redevances pour service rendu et les cotisations sociales, on peut tout de même caractériser de manière générale une imposition par l'absence de toute contrepartie au versement obligatoire qui doit être effectué par les redevables.

Dès lors qu'on est en présence d'une imposition de toutes natures, l'article 34 de la Constitution impose au législateur de fixer les règles définissant son assiette, son taux et ses modalités de recouvrement. A défaut d'épuiser sa compétence en la matière, l'intervention du législateur sera censurée pour incompétence négative. Il appartient seulement au pouvoir réglementaire d'édicter « *les mesures d'application qui sont nécessaires à la mise en œuvre* » des règles fixées par le législateur⁵³.

De plus, à la différence des cotisations, les impositions de toutes natures, quel que soit leur affectataire, doivent être autorisées annuellement par le Parlement en loi de finances, conformément au 1° du I de l'article 34 de la LOLF : quand bien même les prévisions de recettes de contributions sociales figurent en LFSS, leur perception n'est autorisée que par la loi de finances annuelle.

⁵² Il s'agit d'une disposition inséparable de cette autorisation de perception, selon les termes de la décision précitée du 25 juillet 2001.

⁵³ Décision n° 68-51 L du 4 avril 1968.

Parmi l'ensemble des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale, seules seront étudiées ici les contributions sociales, entendues de manière courante comme les impositions dont l'assiette est constituée du revenu des personnes physiques. Il s'agit à titre principal de la CSG, qui recouvre elle-même quatre contributions distinctes ayant un certain nombre de points communs entre elles (notamment des taux proportionnels) et qui, au total, frappent la quasi-totalité des revenus : une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement⁵⁴, une contribution sur les revenus du patrimoine⁵⁵, une contribution sur les produits de placement⁵⁶ et une contribution sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux⁵⁷. La CRDS, instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est bâtie sur le même modèle, avec une cinquième contribution supplémentaire sur les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité. Enfin, il existe des contributions sociales qui ne portent que sur certains revenus particuliers : les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement⁵⁸, les prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement⁵⁹ et, affectées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les contributions de solidarité pour l'autonomie⁶⁰.

La CSG n'a pas reçu la même qualification juridique en droit interne et en droit de l'UE. La qualification juridique donnée à la CSG et aux autres contributions sociales n'est pas une question purement théorique, il convient de déterminer ses conséquences sur les marges de manœuvre pour les pouvoirs publics.

1.2.1. La qualification juridique de la CSG en droit interne

Lorsqu'il a été saisi de la loi de finances pour 1991 ayant institué la CSG⁶¹, le CC a confirmé la qualification que lui avait donnée le législateur, à savoir celle d'une imposition de toutes natures. Ce choix initial du législateur, validé par le juge constitutionnel, n'était pas essentiellement motivé par la place de ces dispositions en loi de finances (il n'aurait en effet pas été possible, au regard de la définition organique du domaine des lois de finances, d'y faire figurer des dispositions relatives à des cotisations sociales), le Gouvernement ayant déposé un projet de loi spécifique instituant une CSG avant de l'intégrer par voie de lettre rectificative au projet de loi de finances déjà déposé devant l'Assemblée nationale. Le critère juridique déterminant est la finalité de ce prélèvement.

La CSG ne présente pas de lien suffisamment direct avec des prestations pour pouvoir être qualifiée de cotisation : contrairement aux cotisations sociales, le fait d'être assujéti à la CSG n'ouvre directement droit à aucune prestation sociale. Comme le relève le CC dans cette décision, les quatre contributions distinctes constituant la CSG « *ont pour finalité commune la mise en œuvre du principe de solidarité nationale* ».

⁵⁴ Articles L. 136-1 à L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

⁵⁵ Article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

⁵⁶ Article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

⁵⁷ Article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁸ Articles L. 245-14 à L. 245-16 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Article 1600-0 S du code général des impôts (CGI).

⁶⁰ 1°, 1° bis et 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁶¹ Décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990.

Un prélèvement dépassant la mise en œuvre de la solidarité professionnelle, au sein d'un régime de sécurité sociale déterminé, ne peut ainsi que constituer une imposition de toutes natures.

Le CC a précisé que « *le produit de cette contribution est appelé à concourir de façon significative à l'équilibre financier des régimes obligatoires de base* »⁶². Le commentaire aux Cahiers du CC de la décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 sur la LFSS 2001, qui réitérait la qualification fiscale de la CSG, rappelait que cette contribution avait « *pour finalité la mise en œuvre d'une solidarité nationale et qui, dès son institution, a été caractérisée par son universalité, sa proportionnalité et sa simplicité* ». Le CC a jugé de même pour la CRDS et les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement⁶³, ainsi que pour la contribution de solidarité pour l'autonomie⁶⁴. Cette jurisprudence concerne toutes les contributions sociales de nature similaire à la CSG⁶⁵.

Le CE a aussi classé la CRDS parmi les impositions de toutes natures⁶⁶. Il a justifié une telle qualification, tant pour la CSG que pour la CRDS, en constatant que « *l'obligation faite par la loi d'acquitter la CSG et la CRDS est dépourvue de tout lien avec l'ouverture d'un droit à une prestation ou un avantage servis par un régime de sécurité sociale* »⁶⁷. Il a jugé que ces contributions sociales constituent des impositions de toutes natures, et non des cotisations sociales, « *au sens des dispositions constitutionnelles et législatives nationales* »⁶⁸.

La Cour de cassation avait initialement la même jurisprudence. Dans un arrêt de sa chambre sociale du 25 mars 1998⁶⁹, elle s'est prononcée dans le cadre d'un litige prud'homal opposant un salarié, ayant pris sa retraite par anticipation, à son ancien employeur en ce qui concerne la prise en charge par ce dernier de certaines des taxes afférentes aux indemnités et versements consécutifs.

Pour censurer le jugement du conseil de prud'hommes déniait à la CSG la qualification d'impôt, la Cour n'a pas repris directement à son compte la qualification retenue par le CC mais s'est fondée sur l'article 62 de la Constitution, selon lequel les décisions du CC s'imposent aux pouvoirs publics et à toutes les autorités administratives et juridictionnelles, pour casser le jugement en raison de sa contrariété avec la décision du CC sur la loi de finances pour 1991. En revanche, dans un arrêt du 14 octobre 1998⁷⁰, la chambre sociale a expressément jugé que la CSG constitue une imposition et non une cotisation sociale.

Mais la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE, devenue CJUE en 2009) est venue troubler ce bel ordonnancement.

⁶² Décision n° 96-384 DC du 19 décembre 1996 sur la LFSS 1997.

⁶³ Décision n° 2007-555 du 16 août 2007 sur la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

⁶⁴ Décisions n° 2007-555 DC du 16 août 2007 et n° 2011-148/154 QPC du 22 juillet 2011.

⁶⁵ Le CC a mentionné tous les prélèvements sociaux sur les revenus du capital dans sa décision n° 2012-654 DC du 9 août 2012 sur la deuxième loi de finances rectificative (LFR) pour 2012.

⁶⁶ 4 novembre 1996, n° 177162, *Association de défense des sociétés de course des hippodromes de province*.

⁶⁷ 7 janvier 2004, n° 237395, *Mme Martin*.

⁶⁸ Décisions du 15 juin 2005, n° 258039, *M. et Mme Greard*, et du 4 juin 2007, n° 269449, *M. Sokolow*, s'agissant de la CSG portant sur les revenus d'activité de source étrangère ; décision du 4 mai 2011, n° 330551, *Ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État et M. Cousin*, s'agissant spécifiquement de la CRDS sur les revenus du patrimoine.

⁶⁹ n° 95-45.198, *CRCAM Sud-Alliance c/ Tallagnon*.

⁷⁰ n° 96-42.439, *Société Aquitaine de Fonderie Automobile c/ MM. Danielian et Roux*.

1.2.2. La qualification juridique de la CSG en droit de l'UE

La question de la nature juridique de la CSG au regard du droit de l'UE a été tranchée s'agissant tant de la contribution portant sur les revenus d'activité et de remplacement que des contributions pesant sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement.

1.2.2.1. La CSG sur les revenus d'activité et de remplacement

Saisie par la Commission d'une action en manquement dirigée contre la France sur la question de l'assujettissement à la CSG et à la CRDS des revenus d'activité et de remplacement soumis au régime de sécurité sociale d'un autre pays de l'Espace économique européen (EEE), alors que le champ d'application personnel de la CSG et de la CRDS était défini par le seul critère de la résidence fiscale en France, la CJCE a jugé cet assujettissement contraire au droit communautaire, sans pour autant se prononcer sur la nature de cotisation sociale ou d'imposition de ces deux contributions.

Par deux arrêts de plénière du 15 février 2000⁷¹, la CJCE a ainsi jugé contraire au règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté⁷² l'application de la CSG et de la CRDS aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants résidant en France, mais non soumis à la législation française de sécurité sociale dès lors qu'ils étaient assujettis aux régimes obligatoires de protection sociale dans les pays où ils travaillaient.

La CJCE a constaté que la CSG et la CRDS entrent dans le champ d'application du règlement communautaire dès lors qu'elles financent les régimes français de sécurité sociale et présentent donc un lien direct et suffisamment pertinent avec les branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4 du règlement. Selon la CJCE, « *le critère déterminant est celui de l'affectation spécifique d'une contribution au financement du régime de sécurité sociale d'un État membre* ».

Dans ces conditions, la taxation en France des revenus d'activité et de remplacement de personnes travaillant dans un autre État membre et relevant exclusivement du régime de sécurité sociale de cet autre État méconnaît l'interdiction de double cotisation posée par l'article 13 du règlement.

Elle constitue également une entrave à la liberté de circulation des travailleurs et à la liberté d'établissement, dès lors que les résidents de France travaillant dans un autre État membre sont ainsi contraints de financer deux régimes nationaux de sécurité sociale au lieu d'un seul.

La CJCE n'a pas qualifié la CSG et la CRDS de cotisations de sécurité sociale, mais a considéré qu'eu égard à leur affectation, ils relevaient du champ d'application du règlement communautaire, même si « *le paiement de la CSG n'ouvre droit à aucune contrepartie directe ou identifiable en termes de prestations* ». Elle a relevé que « *la circonstance qu'un prélèvement soit qualifié d'impôt par une législation nationale ne signifie pas que, au regard du règlement 1408/71, ce même prélèvement ne puisse être regardé comme relevant du champ d'application de ce règlement et, partant, soit visé par la règle du non-cumul des législations applicables* ».

⁷¹ aff. 34/98 et 169/98, *Commission c/ France*.

⁷² Ce règlement a été abrogé et remplacé depuis par le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Depuis ces arrêts, la législation française a été mise en conformité avec la jurisprudence européenne, en prévoyant que l'assujettissement à la CSG et à la CRDS dépend d'un double critère reposant, d'une part et comme initialement, sur le fait d'être domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu (IR), et, d'autre part, sur le fait d'être à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie⁷³. Ainsi, les résidents fiscaux français qui exercent leur activité salariée sur le territoire d'un autre État membre où ils sont affiliés à un régime de sécurité sociale ne doivent plus acquitter ni la CSG, ni la CRDS sur leurs revenus d'activité et de remplacement.

Alors même que la jurisprudence européenne ne se fonde que sur l'affectation de la CSG et de la CRDS et que la modification législative subséquente pour se mettre en conformité avec elle maintient le caractère universel de ces contributions en prévoyant un nouveau critère d'assujettissement relatif à l'affiliation à un quelconque des régimes de sécurité sociale existant et non à un régime en particulier, la Cour de cassation a jugé que la CSG devait, de manière générale, être qualifiée de cotisation. Telle a été la jurisprudence, d'abord de sa chambre sociale⁷⁴, puis de sa 2^{ème} chambre civile⁷⁵. Selon cette jurisprudence judiciaire, la CSG et la CRDS revêtent, du fait de leur affectation exclusive au financement de divers régimes de sécurité sociale, la nature d'une cotisation de sécurité sociale.

En revanche, le CE a maintenu constante sa jurisprudence qualifiant la CSG et la CRDS d'impôt en droit interne dans toutes ses décisions postérieures aux arrêts du 15 février 2000 de la CJCE jugeant que ces prélèvements, en tant qu'ils frappent des salaires et ont pour objet de financer des régimes de sécurité sociale, entrent dans le champ d'application du règlement communautaire régissant le droit d'assujettir les travailleurs frontaliers à des cotisations sociales.

On aurait certes pu estimer⁷⁶, au regard du seul droit interne, que l'introduction par voie législative du nouveau critère d'assujettissement lié à l'affiliation à un régime de sécurité sociale aurait pu amener à une requalification en cotisation, dès lors que ce critère avait été jugé déterminant dans la décision *Union des assurances du secteur privé* du 26 octobre 1990 précitée, mais le CE a fait prévaloir la qualification d'imposition, réitérée également par le CC après les arrêts de la CJCE⁷⁷, en se fondant uniquement sur le critère de la finalité de la CSG et le maintien du critère cumulatif de résidence fiscale en France.

Finalement, par un arrêt de sa chambre sociale du 31 mai 2012⁷⁸, la Cour de cassation s'est ralliée à la position du CE, en jugeant que « *si la CSG entre dans la catégorie des impositions de toutes natures au sens de l'article 34 de la Constitution, dont il appartient dès lors au législateur de fixer les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement, cette contribution revêt également, du fait de son affectation exclusive au financement de divers régimes de sécurité sociale, la nature d'une cotisation sociale au sens de l'article 13 du règlement CEE 1408/71 du 14 juin 1971* ». Les qualifications d'imposition de toutes natures et de cotisation sociale ne sont donc pas exclusives l'une de l'autre, mais dépendent en réalité de l'objet du litige et du texte à mettre en œuvre : l'article 34 de la Constitution fixe une règle de compétence au profit du législateur, alors que le droit de l'UE a pour objet de

⁷³ 1° de l'article L. 136 1 du code de la sécurité sociale.

⁷⁴ 15 juin 2000, n° 98-12.469, *M. Bozon c/ URSSAF de Saône-et-Loire* ; 5 avril 2001, n° 99-18. 887, *SA Confortex France c/ URSSAF de Lille* ; 18 octobre 2001, n° 00-12. 463, *André c/ URSSAF du Territoire de Belfort*.

⁷⁵ 8 mars 2005, n° 03-30.700, *Sté Dalle c/ URSSAF de Lille* ; 10 mai 2005, n° 04-30.094, *Burkhart c/ Caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale*.

⁷⁶ Voir la position en ce sens exprimée par J.-L. Rey en annexe au rapport du HCFIPS de juin 2013.

⁷⁷ Dès sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 sur la LFSS 2001.

⁷⁸ n° 11-10.762, *Esso c/ Kalfon*.

coordonner les régimes de protection sociale au sein de l'UE en prévenant les doubles assujettissements. S'agissant d'interpréter une clause d'égalisation fiscale figurant dans le contrat de travail d'un salarié expatrié, la Cour de cassation a retenu dans cette espèce la qualification de cotisation sociale pour juger que la CSG ne pouvait pas être retenue au titre de l'impôt théorique prélevé par l'employeur.

1.2.2.2. La CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

Le critère social d'assujettissement à la CSG et à la CRDS n'a été ajouté à l'exigence d'un domicile fiscal en France en 2001, à l'occasion de la mise en conformité de la législation française avec les arrêts du 15 février 2000 de la CJCE, que pour les revenus d'activité et de remplacement. Pour la CSG et la CRDS sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, demeure encore applicable le seul critère fiscal, de sorte que la situation des personnes percevant des revenus du patrimoine mais travaillant dans un autre État membre est aujourd'hui la même que celle antérieure à 2001 au regard de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement.

Il convient toutefois de noter qu'en raison d'une erreur de codification lors de la mise en conformité réalisée en 2001⁷⁹, le critère social s'est tout de même appliqué pour la CRDS sur les revenus du patrimoine jusqu'au 1^{er} janvier 2011. En effet, par le jeu de renvois erronés entre articles de textes législatifs, la définition des assujettis à la CRDS sur les revenus du patrimoine était la même que pour la CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement, avec le critère social. Cette anomalie a été corrigée par la LFSS 2012.

Hormis cet « *accident légistique* »⁸⁰, les personnes qui résident en France mais travaillent dans un autre État membre restent assujetties aux prélèvements sociaux sur leurs revenus du patrimoine. Le CE a ainsi été saisi du cas d'un résident fiscal en France qui est travailleur salarié aux Pays-Bas et perçoit, en plus de ses revenus d'activité, des rentes viagères à titre onéreux de source néerlandaise. Ces revenus du patrimoine peuvent-ils être assujettis aux prélèvements sociaux en France, qui participent au financement de régimes obligatoires français de sécurité sociale ? Dans une décision du 17 juillet 2013⁸¹, le CE a jugé qu'aucun principe de droit de l'UE n'impose aux États membres de prévenir la double imposition juridique pouvant découler de l'exercice parallèle des compétences fiscales des différents États membres, mais s'agissant de l'application du règlement CEE 1408/71 du 14 juin 1971 à des prélèvements fiscaux sur les revenus du patrimoine tels que la CSG, la CRDS et le prélèvement social, le CE a posé une question préjudicielle à la CJUE.

Par un arrêt du 26 février 2015⁸², la CJUE a répondu que le règlement 1408/71 n'établit aucune distinction fondée sur la nature des revenus sur lesquels une contribution sociale est perçue pour apprécier l'existence d'un lien direct et suffisamment pertinent avec les lois qui régissent la sécurité sociale, et que l'exercice (actuel ou antérieur) d'une activité professionnelle est sans importance pour ce qui est de savoir si une personne relève de ce règlement. Dans ces conditions, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital relèvent du champ d'application du règlement, et ne peuvent donc pas être perçus sur les revenus de personnes relevant d'un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'UE ou partie à l'EEE. La Cour a donc repris exactement le même raisonnement que dans ses arrêts du 15 février 2000 pour juger que les contributions sociales sur les revenus du patrimoine présentent un

⁷⁹ Cette situation a été révélée par la décision *Cousin* du CE du 4 mai 2011 précitée.

⁸⁰ Selon les termes employés par E. Crépey dans ses conclusions sur la décision *de Ruyter* du CE du 17 juillet 2013.

⁸¹ n° 334551, *Ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État c/ de Ruyter*.

⁸² aff. 623/13, *Ministre de l'économie et des finances c/ Gérard de Ruyter*.

lien direct et suffisamment pertinent avec les lois qui régissent les branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4 du règlement 1408/71 « *dès lors qu'il n'est pas contesté que le produit de ces prélèvements est affecté directement et spécifiquement au financement de certaines branches de sécurité sociale en France ou à l'apurement des déficits de ces dernières* ».

La réponse à cette question concernant la CSG et la CRDS est d'autant plus prégnante que la LFR du 16 août 2012 a étendu le champ d'application des prélèvements sociaux sur les revenus du capital aux revenus fonciers et aux plus-values immobilières de source française perçus par les personnes physiques fiscalement domiciliées hors de France. Non seulement les résidents travaillant dans un autre État membre sont soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital, mais aussi désormais les non-résidents, sous réserve des conventions fiscales internationales, quand bien même ils sont soumis à la législation de sécurité sociale d'un autre État membre.

La Commission européenne a déjà eu l'occasion d'estimer que cette modification de la législation française était contraire au droit de l'UE⁸³. Elle a été saisie par un résident fiscal irlandais, relevant de la législation de sécurité sociale irlandaise, qui conteste l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus d'un bien immobilier détenu en France.

Quand bien même la France arguait que l'imposition de revenus liés aux biens immeubles devait faire l'objet d'un traitement particulier tenant à leur nature, la Commission s'est placée, comme la CJUE, sur le seul terrain de l'affectation spécifique et directe des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine au financement de la sécurité sociale. Le principe de l'unicité de législation en matière de prélèvements affectés à la sécurité sociale devrait s'appliquer tant qu'il s'agit des revenus personnels des personnes concernées, seuls les prélèvements sur les biens et services (comme la TVA ou les droits d'accises) étant exclus du champ d'application du règlement européen.

1.2.3. Les conséquences de la dualité de qualification juridique de la CSG

Au sens des dispositions constitutionnelles nationales, la CSG constitue une imposition de toutes natures. L'autorité compétente pour fixer ses règles d'assiette, ses taux et ses modalités de recouvrement est le législateur, qui peut exercer sa compétence soit en loi de finances, soit en LFSS, soit dans une loi ordinaire, mais qui doit exercer pleinement sa compétence en ne laissant au pouvoir réglementaire que la fixation des modalités de mise en œuvre des règles législatives. Une difficulté pratique a surgi du fait que la CSG sur les revenus d'activité s'est substituée à des cotisations sociales, en reprenant leurs règles d'assiette et de recouvrement.

Afin, d'une part, de ne pas risquer d'introduire de différenciation entre les règles applicables aux cotisations et aux contributions sociales et, d'autre part, de ne pas devoir reprendre et actualiser chaque année dans la loi des dispositions assez complexes et détaillées (notamment pour le calcul d'assiettes forfaitaires applicables à certaines professions), une technique légistique particulière a été retenue : tant le I *bis* de l'article L. 136-2 et l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale (pour les règles d'assiette) que l'article L. 136-5 du même code (pour les règles de recouvrement) prévoient que le Parlement valide implicitement chaque année les règles correspondantes figurant dans des décrets et arrêtés « *dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière LFSS* ».

Au sens des dispositions législatives nationales, la CSG – en tant qu'imposition – ne saurait être assimilée aux cotisations sociales pour l'application des règles de déductibilité au regard du revenu

⁸³ Dans le cadre d'une procédure EU Pilot n° 4339/12/EMPL, qui a fait l'objet d'une clôture négative le 11 juillet 2013.

imposable à l'IR⁸⁴. Son régime de déduction pour la détermination des bases d'imposition à l'IR est organisé de manière tout à fait spécifique par la loi : seule une fraction de la CSG est déductible⁸⁵, alors qu'en principe⁸⁶ tous les impôts peuvent être compris parmi les charges déductibles.

Au sens du droit de l'UE, la CSG constitue une cotisation sociale. Le principe de l'unicité de législation applicable à une personne affiliée à la sécurité sociale, qui a pour corollaire l'interdiction d'une double cotisation sur un même revenu personnel, interdit d'assujettir à la CSG les personnes physiques qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie. Compte tenu de la réponse à la question préjudicielle apportée par la CJUE dans son arrêt du 26 février 2015, la législation française concernant l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital doit être alignée sur les critères d'assujettissement applicables en matière de prélèvements sociaux sur les revenus d'activité et de remplacement.

Le CE a déjà fait application de cette jurisprudence européenne, en invalidant l'imposition aux prélèvements sociaux d'une plus-value immobilière réalisée par un contribuable fiscalement domicilié en France mais non affilié à un régime obligatoire français de sécurité sociale, au motif que « *l'existence ou l'absence de contrepartie en termes de prestations est dépourvue de pertinence pour l'application du règlement* » européen⁸⁷.

Mis à part ce critère d'assujettissement, la qualification de la CSG en droit de l'UE n'a pas d'autre conséquence sur la définition des règles d'assiette. En effet, la CJCE a précisé⁸⁸ que la France peut exclure de l'assiette de la CSG les revenus perçus dans un autre État membre par un travailleur affilié à la sécurité sociale en France, unilatéralement ou dans le cadre d'une convention fiscale bilatérale. Elle a ainsi indiqué que, « *s'agissant plus particulièrement de la détermination de l'assiette des contributions sociales, selon une jurisprudence constante, il appartient, en l'absence d'une harmonisation au niveau communautaire, à la législation de chaque État membre concerné de déterminer les revenus à prendre en compte pour le calcul de ces contributions. Il importe, certes, que, dans l'exercice de sa compétence, l'État membre concerné respecte le droit communautaire. La compétence des États membres n'est donc pas illimitée, dès lors que ces derniers sont notamment tenus de respecter l'esprit et les principes du règlement n° 1408/71, dont celui de l'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale, de veiller à ce qu'une personne ne soit pas pénalisée dans l'exercice de son droit à la libre circulation et de s'assurer que le régime ainsi élaboré ne prive pas cette personne de protection sociale* ». Il est aussi possible d'inclure dans l'assiette de la CSG l'ensemble des revenus perçus par un travailleur en France sur le territoire d'autres États membres⁸⁹.

⁸⁴ Tel était l'objet du litige ayant donné lieu à la décision *Martin* du CE du 7 janvier 2004 précitée.

⁸⁵ A hauteur de 5,1 % pour les revenus d'activité et du capital, de 4,2 % pour les pensions de retraite et d'invalidité et de 3,8 % pour les autres revenus de remplacement, selon l'article 154 *quinquies* du CGI.

⁸⁶ En vertu du 4° du 1 de l'article 39 du CGI.

⁸⁷ 17 avril 2015, n° 365511, *M. Leduc*.

⁸⁸ CJCE, 3 avril 2008, aff. 103/06, *Derouin c/ URSSAF de Paris*.

⁸⁹ CJCE, 26 mai 2005, aff. 249/04, *Allard*.

Compte tenu du droit de l'UE, tout prélèvement sur les revenus personnels affecté directement au financement d'un régime de sécurité sociale ne doit pas taxer des revenus soumis à des prélèvements équivalents dans d'autres États membres, alors qu'un financement au moyen d'une imposition d'Etat pourrait permettre de taxer de tels revenus. Cette contrainte pesant sur la territorialité du prélèvement social résulte du choix du mode de financement de la sécurité sociale dans chaque État membre. Il s'agit en réalité de la conséquence de l'absence d'harmonisation européenne en la matière, puisque le droit de l'UE ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale⁹⁰. Comme le rappelle l'article 153 du TFUE, les règles européennes de coordination en matière de sécurité sociale ne doivent pas porter atteinte au principe de subsidiarité, en vertu duquel chaque État membre définit les principes fondamentaux de son propre système de sécurité sociale. On peut toutefois se demander si le respect de l'autre condition prévue par l'article 153 du traité, à savoir ne « *pas en affecter sensiblement l'équilibre financier* », n'est pas remis en cause par l'interprétation finaliste donnée par la CJUE.

En effet, selon les indications fournies par le secrétaire d'Etat chargé du budget⁹¹, l'impact financier sur les comptes de la sécurité sociale de l'arrêt de la CJUE du 26 février 2015 serait de plusieurs centaines de millions d'euros.

⁹⁰ CJUE, 21 février 2013, aff. 282/11, *Salgado González*.

⁹¹ Audition de C. Eckert par la commission des affaires sociales du Sénat, le 24 mars 2015.

Comment tenir compte de l'arrêt de la CJUE du 26 février 2015 ?

A défaut d'appliquer aux contributions sociales portant sur les revenus du capital un nouveau critère d'assujettissement lié à l'affiliation à un régime français de sécurité sociale, deux options seraient théoriquement envisageables :

- soit obtenir une modification du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, en obtenant l'insertion d'une exception concernant spécifiquement les contributions sociales sur les revenus du capital ;
- soit désaffecter le produit de ces prélèvements à la sécurité sociale, au profit de l'État, puisqu'il s'agit du seul critère retenu en droit de l'UE. Tant qu'elle est affectée à la sécurité sociale, la CSG ne saurait taxer des travailleurs relevant de la législation de sécurité sociale d'autres États membres ; en revanche, le règlement 883/2004 n'est pas applicable à un prélèvement équivalent affecté directement à l'État.

Dans le cadre de cette deuxième option, la sécurité sociale devrait recevoir en compensation des ressources fiscales de l'État, sous la forme d'une fraction de TVA selon les actuels circuits financiers entre État et sécurité sociale ou d'un nouveau prélèvement sur les recettes de l'État qui pourrait être créé par la loi organique. De tels modes d'affectation de ressources fiscales de l'État à la sécurité sociale ne constitueraient pas, au sens de ce règlement, un lien suffisamment direct et pertinent avec la législation de sécurité sociale pour qu'il demeure applicable. En revanche, on peut avoir des doutes sérieux en cas d'affectation directe à la sécurité sociale d'une fraction d'un impôt d'État portant sur les revenus des personnes physiques. Dans ses conclusions sur l'arrêt de la CJUE du 26 février 2015, l'avocat général E. Sharpston a certes estimé que *« la circonstance qu'une partie du produit d'une taxe participe au financement de la sécurité sociale ne suffit pas, à elle seule, à faire entrer cette taxe dans le champ d'application dudit règlement »*, elle donne toutefois en exemple la TVA et les droits d'accises, qui ne sont pas des impositions sur le revenu mais sur la consommation. S'agissant d'une imposition portant sur un revenu, la Cour pourrait peut-être tenir compte de l'importance de la part affectée à la sécurité sociale, et n'appliquer le règlement 883/2004 que si cette part dépassait 50 %.

N'affecter à l'État que la fraction de la CSG perçue sur les revenus du capital des résidents fiscaux ne relevant pas d'un régime français de sécurité sociale risquerait d'être perçu comme un détournement de procédure, surtout si la sécurité sociale se voyait rétrocéder par l'État, sous une autre forme, le produit correspondant. En tout état de cause, il ne s'agirait que de l'affectation partielle à l'État d'une ressource principalement affectée à la sécurité sociale, ce qui ne permettrait pas d'échapper à la jurisprudence européenne. Il semblerait donc préférable de créer une imposition spécifique affectée à l'État. Surtout, cette dernière solution permettrait seule d'éviter de remettre en cause la logique fondatrice de la CSG, à savoir celle d'une imposition spécifiquement et exclusivement dédiée au financement de la sécurité sociale.

Le débat ouvert par le Haut Conseil du financement de la protection sociale sur la nature juridique de la CSG en droit interne, à la lumière de sa qualification en droit de l'UE, dans son rapport d'étape de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale, comportait la réflexion suivante : *« une piste de réflexion pour l'évolution future du financement de la protection sociale pourrait consister, dans la lignée de la jurisprudence de la CJCE, à dégager une distinction entre les divers prélèvements basée sur leur affectataire : seraient qualifiés d'impôts les prélèvements affectés à l'État et aux collectivités locales, et de cotisations les prélèvements affectés à la protection sociale. Mettant en adéquation le droit interne et le droit européen, cette clarification permettrait de stabiliser les règles applicables aux prélèvements sociaux, et notamment de donner compétence aux LFSS, dans leur champ d'intervention, de créer, de modifier et d'autoriser le recouvrement des prélèvements affectés au financement de la sécurité sociale.*

Elle serait par suite propice au développement d'une jurisprudence propre aux cotisations, dont on peut penser qu'elle serait plus ouverte en termes de progressivité du prélèvement, tant que le lien entre ce dernier et les prestations qu'il finance n'est pas trop distendu ».

Il convient toutefois de rappeler, d'un strict point de vue juridique et même si cela peut paraître incohérent en termes d'affichage, que la qualification de la CSG au regard du droit de l'UE est sans incidence sur la qualification nationale d'imposition de toutes natures⁹². Le critère de l'affectation n'est pas retenu en droit interne pour qualifier un prélèvement : il revient seulement à la loi de définir cette affectation comme élément constitutif de l'impôt⁹³. La finalité du prélèvement est le seul critère justifiant la qualification de la CSG en tant qu'impôt.

La LFSS est déjà le vecteur utilisé pour déterminer l'ensemble du régime juridique applicable à la CSG⁹⁴, et il conviendrait de ne pas réduire la compétence du Parlement en matière de financement de la sécurité sociale compte tenu des montants en cause et des enjeux (puisque les taux de cotisation ne relèvent pas du législateur). Il importe également d'éviter que la requalification de la CSG en cotisation ne fasse relever de la sécurité sociale, et non plus de l'aide sociale, certaines prestations non contributives. La CJCE a en effet déjà eu à se prononcer sur le lien existant entre la CSG et le financement du minimum vieillesse par l'intermédiaire du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : pour juger que le minimum vieillesse constitue, au sens du règlement 1408/71, une prestation spéciale à caractère non contributif, à ce titre non exportable, elle a estimé que le lien entre la CSG et le minimum vieillesse « *ne paraît pas suffisamment identifiable pour que cette allocation puisse être qualifiée de prestation à caractère contributif* »⁹⁵. Comme le relevait l'avocat général L. A. Geelhoed dans ses conclusions sur cette affaire, « *payer la CSG ne donne donc pas de droit à une contrepartie directe et identifiable sous la forme d'une allocation* ». La solution pourrait être autre, avec toutes les conséquences non désirées, en cas de requalification de la CSG comme cotisation.

Enfin, les caractéristiques essentielles du système français de sécurité sociale n'ont pas évolué depuis la création de la CSG en 1991, de sorte que sa qualification d'imposition en droit interne n'est guère susceptible d'être remise en cause par le CC lui-même.

Ce dernier semble avoir fermé la porte à toute évolution de jurisprudence par sa décision du 6 août 2014, qui a rappelé que l'objet principal des cotisations salariales consiste à ouvrir des droits à prestations ; or la CSG n'ouvre aucun droit. S'engager dans la voie qui a été envisagée par le Haut Conseil nécessiterait donc, soit de procéder à une révision constitutionnelle – qui serait difficile à concevoir et aurait des effets très incertains, soit de modifier l'organisation de la sécurité sociale pour qu'il n'y ait plus en France qu'un seul régime universel, de sorte que l'assujettissement à un régime unique et l'affectation d'un financement dédié se superposeraient exactement. Une telle évolution serait prioritairement envisageable pour l'assurance maladie, comme cela a déjà été fait pour la branche famille.

⁹² Il existe d'autres cas de qualification juridique divergente entre droit interne et droit de l'UE : ainsi, la notion de service public industriel et commercial (SPIC) en France ne coïncide pas avec celle de service d'intérêt économique général (SIEG) figurant à l'article 14 du TFUE.

⁹³ Ainsi que le CC l'a rappelé dans sa décision n° 2013-684 DC du 29 décembre 2013 en ce qui concerne la taxe d'apprentissage.

⁹⁴ Sauf son autorisation de perception annuelle, qui figure à l'article 1^{er} de la loi de finances initiale.

⁹⁵ CJCE, Gr. Ch., 16 janvier 2007, aff. 265/05, *José Perez Naranjo c/ CRAM Nord-Picardie*.

Elle interdirait d'affecter la CSG, requalifiée en cotisation, à des fonds finançant des prestations non contributives, mais permettrait d'y assujettir les non-résidents fiscaux qui sont affiliés à la sécurité sociale en France (notamment les retraités résidant à l'étranger).

Le tableau ci-dessous s'efforce de récapituler les caractéristiques essentielles des cotisations et contributions sociales dues par les personnes physiques dans le système actuel de sécurité sociale. Le critère essentiel de différenciation est le lien avec un régime de sécurité sociale : puisqu'une cotisation ouvre des droits à prestations, elle est due par les personnes affiliées à un régime particulier, elle est calculée pour l'essentiel proportionnellement aux seuls revenus professionnels (même si elle peut porter sur d'autres revenus) et elle est affectée exclusivement à ce régime ; une contribution sociale, mettant en œuvre le principe de solidarité nationale, est due dès lors qu'une personne est affiliée à un régime (peu importe lequel), elle porte sur tous types de revenus et son produit n'est pas nécessairement affecté à un régime en particulier mais peut l'être également à des fonds. Cela démontre que les modalités de financement de la sécurité sociale sont intrinsèquement liées à l'organisation de la sécurité sociale elle-même. Le CC lui-même rappelle que la différence de traitement existant entre cotisants « *est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes* »⁹⁶.

	Cotisations sociales	Contributions sociales (CSG,...)
Compétence normative	Partage loi (LFSS)/règlement	Loi (notamment LFSS)
Finalité du prélèvement	Ouverture de droits à prestations	Solidarité nationale
Affectation du produit	A un régime particulier	A plusieurs régimes et fonds
Critère d'assujettissement	Affiliation à un régime particulier	Résidence fiscale + Affiliation à n'importe quel régime maladie
Assiette du prélèvement	Revenus professionnels (mais possibilité d'une assiette plus large)	Tous revenus
Taux du prélèvement	Proportionnel (mais possibilité de cotisations forfaitaires)	Proportionnel (progressif sur les revenus de remplacement)
Autorisation annuelle	Non nécessaire	Doit être votée en loi de finances

II. Le respect du principe d'égalité en matière de prélèvements sociaux

Parmi l'ensemble des principes et règles de valeur constitutionnelle que doit respecter le législateur financier lorsqu'il modifie les règles relatives aux cotisations et contributions sociales, le plus prégnant est le principe d'égalité. On distingue deux branches du principe d'égalité, selon leur fondement constitutionnel⁹⁷ :

– l'article 6 de la Déclaration de 1789, aux termes duquel la loi « *doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse* ». Le CC juge que le principe d'égalité devant la loi « *ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit* »⁹⁸. Ce principe n'impose pas pour autant

⁹⁶ Décisions n° 99-416 DC du 23 juillet 1999 et n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015.

⁹⁷ Voir, par exemple, décision n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013 sur la loi de finances pour 2014.

⁹⁸ Le CE applique de la même façon le principe d'égalité au regard des textes réglementaires (voir par exemple sa décision *GISTI* du 11 avril 2012, n° 322326).

au législateur de traiter de manière différente des situations différentes : « *si, en règle générale, le principe d'égalité impose de traiter de la même façon des personnes qui se trouvent dans la même situation, il n'en résulte pas pour autant qu'il oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes* »⁹⁹ ;

– l'article 13 de la Déclaration de 1789 : « *Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés* ». Sur ce fondement, le CC juge de manière générale que, pour assurer le respect du principe d'égalité devant les charges publiques, « *le législateur doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose ; que cette appréciation ne doit cependant pas entraîner de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques* ». S'agissant plus particulièrement de la loi fiscale, le CC ajoute que l'exigence résultant de l'article 13 de la Déclaration de 1789 « *ne serait pas respectée si l'impôt revêtait un caractère confiscatoire ou faisait peser sur une catégorie de contribuables une charge excessive au regard de leurs facultés contributives ; qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de déterminer, dans le respect des principes constitutionnels et compte tenu des caractéristiques de chaque impôt, les règles selon lesquelles doivent être appréciées les facultés contributives* ».

Le contrôle de constitutionnalité s'opère, au regard de chacune des deux branches du principe d'égalité, en deux étapes :

– afin de s'assurer du respect du principe d'égalité devant la loi, le CC examine si la différence de traitement instituée par le législateur peut être justifiée par une différence de situation et, si tel n'est pas le cas, il recherche la raison d'intérêt général invoquée par le législateur qui peut justifier une différence de traitement ;

– dans un deuxième temps du raisonnement, le juge constitutionnel exerce un contrôle de proportionnalité s'agissant de l'adéquation de la différence de traitement avec sa justification (différence de situation ou motif d'intérêt général), qui doit être en rapport direct avec l'objet de la loi, c'est-à-dire avec l'intention du législateur ;

– afin de s'assurer également du respect du principe d'égalité devant les charges publiques, le CC vérifie le caractère objectif et rationnel des critères qui fondent la différence de traitement en fonction des buts que le législateur se propose de poursuivre ;

– enfin, le CC exerce un contrôle restreint, limité à l'erreur manifeste d'appréciation, de l'éventuelle rupture d'égalité devant les charges publiques pouvant résulter de la loi. Ce contrôle restreint se justifie par le fait que le juge constitutionnel ne se reconnaît pas « *un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement ; qu'il ne saurait rechercher si les objectifs que s'est assignés le législateur auraient pu être atteints par d'autres voies, dès lors que les modalités retenues par la loi ne sont pas manifestement inappropriées à l'objectif visé* »¹⁰⁰.

Initialement, seul le principe d'égalité devant la loi s'appliquait aux cotisations sociales. Mais, désormais, tant le CE¹⁰¹ que le CC¹⁰² leur appliquent également le principe d'égalité devant les charges publiques. Si les deux branches du principe d'égalité sont des normes de référence à respecter en

⁹⁹ Décision n° 2003-489 DC du 29 décembre 2003 sur la loi de finances pour 2003.

¹⁰⁰ Voir, par exemple, décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 sur la loi de finances pour 2013.

¹⁰¹ Depuis sa décision du 17 novembre 2000, n° 185772, *URSSAF de la Haute-Garonne*.

¹⁰² Depuis sa décision n° 2010-24 QPC du 6 août 2010, *Association nationale des sociétés d'exercice libéral et autres*.

matière de cotisations et de contributions sociales, elles ont toutefois une portée différente entre ces deux catégories de prélèvements sociaux. Le juge raisonne en principe régime par régime en matière de cotisations, ce qui n'a en revanche pas de sens s'agissant de la CSG, laquelle taxe uniformément tous les assujettis au titre de la solidarité nationale et non pas seulement ceux relevant d'un régime particulier de sécurité sociale. De plus, le respect du principe d'égalité devant les charges publiques en matière fiscale implique que l'imposition globale sur le revenu des personnes physiques soit progressive et non confiscatoire, alors que les cotisations sociales, essentiellement proportionnelles, ne sont pas soumises à ces règles constitutionnelles spécifiques. Les exigences tenant au respect du principe d'égalité sont donc plus importantes en matière de contributions sociales que de cotisations sociales.

II.1. Les différenciations possibles en matière de cotisations sociales

Les différences de traitement en matière de cotisations sociales sont en principe admises lorsqu'elles concernent des régimes différents. Les exigences tenant au respect du principe d'égalité sont en revanche renforcées au sein d'un même régime de sécurité sociale. Toutefois, la spécificité des cotisations patronales semble offrir plus de latitude d'action aux pouvoirs publics les concernant.

II.1.1. *Les différences de traitement admises entre régimes différents*

Les différences de situation existant entre affiliés à différents régimes de sécurité sociale suffisent pour justifier des différences de règles applicables aux cotisants de chaque régime. Le choix d'une couverture de la population par une pluralité de régimes de sécurité sociale rend par principe toute comparaison impossible car les assurés de régimes différents sont, par définition, dans des situations non comparables entre elles du point de vue du droit¹⁰³.

Le CE juge ainsi traditionnellement que le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que des personnes affiliées à des régimes de sécurité sociale différents, lesquels forment un ensemble dont aucune disposition ne peut être envisagée isolément, soient soumises à des règles différentes pour le calcul des cotisations¹⁰⁴. Il a ainsi validé¹⁰⁵ l'exclusion de l'assiette des cotisations dues au régime général de certains éléments de rémunération versés par EDF et GDF, pourtant compris dans l'assiette de droit commun des cotisations à ce régime, au motif que le régime général sert des prestations en nature à des personnes qui ne sont pas affiliés au régime général lui-même, mais à un autre régime, à savoir le régime spécial du personnel des industries électriques et gazières (IEG). Le CE a aussi jugé¹⁰⁶ qu'il n'y avait pas d'atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques, en faveur de l'État employeur au regard d'autres employeurs, du fait de l'exclusion de l'assiette des cotisations dues à la CNAF au titre des fonctionnaires de certains éléments de rémunération pourtant compris dans l'assiette de droit commun des cotisations au régime général, car sont en cause des personnes affiliées à des régimes de sécurité sociale différents. Il a également estimé que « *la circonstance qu'un architecte, bénéficiant d'une pension de retraite complémentaire versée par la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) et poursuivant l'activité d'architecte après la liquidation de sa pension, ne puisse continuer à acquérir des points de retraite dans ce régime au titre des cotisations qu'il verse, alors*

¹⁰³ La Cour de cassation juge de même, en matière de prévoyance collective d'entreprise, que le principe d'égalité de traitement ne s'y applique « *qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle* » (chambre sociale, 13 mars 2013, n° 11-20490, *Société Générale de logistique*).

¹⁰⁴ Voir, par exemple, sa décision du 7 avril 1993, n° 75174, *Laviec*.

¹⁰⁵ Dans sa décision précitée du 17 novembre 2000, *URSSAF de la Haute-Garonne*.

¹⁰⁶ 6 septembre 2006, n° 277752, *Union des familles en Europe*.

qu'il pourrait en acquérir dans un autre régime s'il exerçait une activité professionnelle d'une autre nature, résulte des règles propres à chacun des régimes de retraite complémentaire »¹⁰⁷ ne viole pas le principe d'égalité devant les charges publiques.

Le CC retient une approche similaire, régime par régime, en matière de cotisations. Il a ainsi écarté le grief tiré d'une rupture du principe d'égalité entre les travailleurs indépendants et les travailleurs salariés pour l'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale, dès lors que la différence de traitement entre ces deux catégories de personnes *« est inhérente aux modalités selon lesquelles se sont progressivement développées les assurances sociales en France, à la diversité corrélative des régimes ainsi qu'au choix du partage de l'obligation de versement des cotisations sociales entre employeurs et salariés »¹⁰⁸.*

Le CC avait aussi été saisi d'un dispositif particulier pour le calcul de cotisations et contributions sociales acquittées par les travailleurs non salariés non agricoles dans les départements d'outre-mer (DOM) : il a considéré qu'en faisant bénéficier les seuls artisans, industriels et commerçants de ce dispositif favorable, le législateur avait tiré les conséquences de la situation particulière des intéressés, *« qui sont affiliés à un régime d'assurance vieillesse distinct de celui des autres travailleurs non salariés non agricoles [et] sont dans une situation plus précaire que les autres travailleurs non salariés non agricoles des DOM »¹⁰⁹.*

On observera toutefois que le CC a pu, une fois, apprécier le respect du principe d'égalité devant les charges publiques également entre assurés relevant de régimes différents. Il s'agissait d'un cas assez particulier d'articulation entre cotisations et contributions sociales : la substitution de CSG à des cotisations d'assurance maladie, qui nécessitait de tenir compte, dans les différents régimes concernés, de la mesure fiscale d'augmentation des taux de CSG concernant les personnes affiliées à tous les régimes. Le CC avait ainsi exigé que le pouvoir réglementaire fixe les nouveaux taux des cotisations d'assurance maladie *« de façon à ne pas créer de rupture caractérisée de l'égalité entre catégories socioprofessionnelles à l'occasion de l'augmentation des taux de la CSG et de la diminution corrélative des taux des cotisations d'assurance maladie prévue par la loi »¹¹⁰.* En application de cette décision, lorsqu'il a été saisi d'un recours pour excès de pouvoir dirigé contre le décret d'application de cette disposition législative, le CE a estimé *« qu'eu égard aux particularités inhérentes au régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la circonstance que les modifications des taux de cotisations opérées par décret entraîneraient, pour certains membres des professions intéressés, un gain de pouvoir d'achat inférieur à celui dont bénéficient les salariés soumis au régime général n'entraîne pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques »¹¹¹.* Il conviendrait de tenir compte de cette exigence particulière en cas de nouvelle opération de substitution de CSG à des cotisations sociales. Mais cette jurisprudence n'a vocation à s'appliquer que lorsque plusieurs régimes sont simultanément impactés par une même réforme fiscale.

¹⁰⁷ 19 septembre 2012, n° 349087, M. Sartini.

¹⁰⁸ Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 sur la LFSS 2013.

¹⁰⁹ Décision n° 2013-301 QPC du 5 avril 2013, Mme Annick D épouse L.

¹¹⁰ Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 sur la LFSS 1998.

¹¹¹ 17 mars 1999, n° 194491, UPA et Ordre des avocats à la cour d'appel d'Orléans.

II.1.2. Des différences de traitement plus limitées au sein d'un même régime

Compte tenu de la nature propre des cotisations, élément constitutif d'un régime de sécurité sociale, le respect du principe d'égalité limite plus fortement la possibilité d'instaurer des différences de traitement entre cotisants de chaque régime.

Ainsi, une différence de traitement ne peut-elle pas être fondée sur des critères externes au fonctionnement du régime lui-même. Le CE a jugé contraire au principe d'égalité un décret prévoyant que les cotisations dues au titre du régime des assurances sociales agricoles, pour valider une période de travail qui n'avait pas donné lieu à cotisation auparavant, seraient calculées en faisant application de taux différents selon que les intéressés ont poursuivi leur carrière professionnelle dans ce régime ou, au contraire, ont été affiliés ultérieurement à un autre régime, au motif qu'une telle différenciation des taux introduisait « *une discrimination illégale entre les assurés ayant contribué durant toute leur carrière au régime des assurances sociales agricoles et les assurés ayant cotisé dans le cadre d'un autre régime de sécurité sociale après leur période accomplie en qualité d'aide familial* »¹¹². De la même façon, le CC a censuré une disposition législative soumettant à des taux particuliers de cotisations les assurés d'un régime français d'assurance maladie qui ne remplissaient pas les conditions de résidence en France, ainsi que ceux exonérés en tout ou partie d'impôts directs au titre de leurs revenus d'activité ou de remplacement en application d'une convention ou d'un accord international, dès lors que cette rupture d'égalité entre les assurés d'un même régime « *ne repose pas sur une différence de situation en lien avec l'objet de la contribution sociale* »¹¹³.

En revanche, des différences de traitement entre cotisants sont possibles si elles sont déterminées en fonction de critères internes au régime. Le CE a ainsi jugé¹¹⁴ que le principe d'égalité n'interdit pas que, dans un régime de retraite et de prévoyance fondé sur la technique de la répartition tel que celui géré par la Caisse nationale des barreaux français auquel les avocats sont obligatoirement affiliés, il puisse être tenu compte, pour la fixation du taux de cotisation, de l'âge des affiliés. Le lien entre cotisation et régime n'est pas non plus distendu en cas d'extension de l'assiette des cotisations en rapport avec l'objet de la loi. Le CC a ainsi accepté l'inclusion dans l'assiette des cotisations sociales des sociétés d'exercice libéral d'une partie des dividendes et produits des comptes courants issus de l'activité d'une telle société et perçus par un travailleur non salarié non agricole : le juge constitutionnel a estimé, d'une part, qu'« *en réservant l'extension de l'assiette des cotisations sociales aux dividendes versés dans les sociétés d'exercice libéral, le législateur a pris en considération la situation particulière des travailleurs non salariés associés de ces sociétés et répondu à un objectif d'intérêt général en rapport direct avec l'objet de la loi* », et, d'autre part, qu'« *en limitant le champ des dividendes soumis à cotisations sociales à ceux qui représentent une part significative du capital social de la société et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus par les intéressés, il a défini des critères objectifs et rationnels* », de sorte que la délimitation du champ de l'assiette des cotisations sociales qui en résulte ne crée pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques¹¹⁵.

De même, des différences de situation peuvent être prises en compte au sein d'un même régime. Les cotisations finançant un même risque peuvent être différenciées selon la nature du lien des cotisants avec ce régime : le critère d'affiliation est vu comme un critère pertinent par le CC, alors même que les

¹¹² 30 janvier 2008, n° 273438, *Fédération générale agroalimentaire CFDT*.

¹¹³ Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 sur la LFSS 2013.

¹¹⁴ 28 janvier 1981, n° 5791, *Begin*.

¹¹⁵ Décision n° 2010-24 QPC du 6 août 2010, *Association nationale des SEL*.

prestations servies sont identiques. Ainsi, les cotisants au régime général ne sont pas jugés comme étant placés dans la même situation, selon qu'ils y sont affiliés en raison de leur activité professionnelle ou, depuis la création de la couverture maladie universelle (CMU) de base par la loi du 27 juillet 1999, en vertu d'un critère de résidence régulière en France. En effet, si la CMU concerne, pour l'essentiel, des personnes à faibles revenus qui sont exonérées de cotisation, elle est également applicable à toutes les personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie à un autre titre, quel que soit le niveau de leurs revenus. Les personnes qui ne perçoivent pas de revenus d'activité mais uniquement des revenus du patrimoine sont ainsi affiliées au titre de la CMU et s'acquittent à ce titre d'une cotisation portant sur l'ensemble de leurs revenus.

Pour valider une telle différence de traitement entre cotisants d'un même régime, le CC a estimé que *« le principe d'égalité ne saurait imposer au législateur, lorsqu'il s'efforce de réduire les disparités de traitement en matière de protection sociale, de remédier concomitamment à l'ensemble des disparités existantes ; que la différence de traitement entre les personnes affiliées à la branche maladie du régime général de sécurité sociale selon qu'elles le sont au titre de leur activité professionnelle ou au titre de leur résidence en France est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes »*. Cette motivation, qui lui a permis de déclarer conforme à la Constitution la loi du 27 juillet 1999¹¹⁶, a été reprise en 2015¹¹⁷, alors même que la portée de la différence de traitement a été accrue depuis par l'extension de l'assiette de la cotisation litigieuse à de nouvelles catégories de revenus. Le CC a expressément validé la différence d'assiette entre les cotisations d'assurance maladie des résidents français travaillant en Suisse, constituée de l'ensemble des revenus du foyer fiscal, et celle des cotisations salariales dues par les personnes qui ont un emploi salarié en France, laquelle est constituée des seuls revenus d'activité, en se fondant également *« sur la différence de situation entre les personnes qui sont affiliées au régime général d'assurance maladie au titre de leur activité salariée en France, et pour lesquelles sont recouvrées à la fois une cotisation salariale et une cotisation patronale, et les personnes qui sont affiliées au régime général d'assurance maladie au titre de leur résidence en France, pour lesquelles une seule cotisation est recouvrée directement auprès de l'assuré »*, de sorte que cette différence de traitement *« repose sur des critères objectifs et rationnels en lien avec l'objet des cotisations d'assurance maladie »*. Le CC a seulement émis une réserve d'interprétation, en relevant que les autres membres du foyer fiscal sont aussi susceptibles d'acquitter des cotisations sociales en raison de leur affiliation à un autre titre à un régime d'assurance maladie obligatoire et, qu'au nom du principe d'égalité devant les charges publiques, l'assiette de la cotisation CMU ne saurait inclure des revenus du foyer qui ont déjà été soumis à une autre cotisation au titre de l'affiliation d'une personne à un régime d'assurance maladie obligatoire.

Des marges de manœuvre substantielles existent donc pour les pouvoirs publics en matière d'assiette des cotisations sociales. Elles sont plus limitées en matière de taux, en raison du risque de dénaturation de la notion même de cotisation. Comme on l'a déjà vu en première partie, le CC a censuré¹¹⁸ l'instauration *« aux fins d'augmenter le pouvoir d'achat des salariés dont la rémunération est modeste »* d'une progressivité des taux de cotisation salariale du régime général jusqu'à 1,3 SMIC. Le juge constitutionnel a en effet estimé que le législateur avait méconnu le principe d'égalité en instituant

¹¹⁶ Décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999.

¹¹⁷ Décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015, *Comité de défense des travailleurs frontaliers du Haut-Rhin*.

¹¹⁸ Décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014 sur la LFRSS 2014.

« une différence de traitement, qui ne repose pas sur une différence de situation entre les assurés d'un même régime de sécurité sociale, sans rapport avec l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale » dès lors qu'« un même régime de sécurité sociale continuerait, en application des dispositions contestées, à financer, pour l'ensemble de ses assurés, les mêmes prestations malgré l'absence de versement, par près d'un tiers de ceux-ci, de la totalité des cotisations salariales ouvrant droit aux prestations servies par ce régime ».

Comme le révèle le commentaire aux Cahiers de cette décision, le CC a été sensible à la « *très grande ampleur* » de la différence de taux proposée (« *proche de 40 %* »), alors que chaque assuré doit contribuer, à proportion de ses revenus, pour s'ouvrir des droits. Le CC a ainsi relevé que les prestations d'assurance vieillesse sont déterminées « *en fonction de la durée de cotisation ainsi que des salaires sur lesquels ont porté ces cotisations* ». On peut déduire de cette décision, fondée sur le lien existant entre cotisations et ouverture de droits à prestations, que le caractère essentiellement proportionnel des cotisations ne saurait être remis en cause, sauf à devoir requalifier ces cotisations en impositions de toutes natures. Les cotisations sociales ne peuvent donc pas être utilisées comme outil de politique fiscale, sinon il conviendrait de leur appliquer les principes constitutionnels relatifs aux impositions sur le revenu, à savoir la prise en compte des facultés contributives du foyer fiscal impliquant notamment la progressivité globale et le caractère non confiscatoire comme on le verra *infra* en matière de contributions sociales. On observera toutefois qu'avec l'intégration des taux des cotisations salariales dans le taux marginal maximal d'imposition, ce dernier ne risquerait pas de devenir confiscatoire : en y ajoutant (avec une déductibilité intégrale de l'IR comme aujourd'hui) les seules cotisations salariales actuelles déplafonnées (puisque la cotisation vieillesse plafonnée ne contribue pas au taux marginal vu le niveau du plafonnement), l'augmentation du taux marginal maximal serait seulement de 0,54 %.

Même si le CC n'a pas procédé à la requalification de cotisations en impositions de toutes natures dans sa décision du 6 août 2014, puisqu'il a retenu un autre terrain de censure, ce risque de requalification est réel. Pour un motif facialement différent mais une même raison de fond, le CC a ainsi requalifié¹¹⁹ en imposition de toutes natures l'ancienne « cotisation » versée par les employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL), lequel finance des aides personnelles au logement, et qui ne répondait pas au critère distinctif des cotisations tenant à l'ouverture de droits à des prestations servies par un régime de sécurité sociale. Le CE a aussi jugé¹²⁰ qu'une contribution ne peut pas être qualifiée de cotisation dès lors qu'elle est en partie à la charge de personnes relevant d'un régime de sécurité sociale autre que celui qu'elle a vocation à financer : tel était ainsi le cas pour la cotisation de solidarité, à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), destinée à financer le régime des indépendants alors que ces personnes sont affiliées au régime général. Une cotisation représente en effet une ressource constitutive d'un régime de sécurité sociale déterminé. S'il y a un décalage entre le cercle des bénéficiaires directs ou indirects des prestations et le cercle des redevables, le lien entre cotisations et prestations est rompu.

Ce risque de requalification ne concerne toutefois pas toutes les cotisations de solidarité existant au sein des régimes. Tant que ces cotisations peuvent être regardées comme mettant en œuvre le principe de solidarité¹²¹, autant consubstantiel aux régimes de sécurité sociale que le principe contributif, et

¹¹⁹ Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014 sur la LFSS 2015.

¹²⁰ 6 octobre 1999, n° 200241, *Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes*.

¹²¹ Expressément rappelé, après la décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014, par la décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015.

qu'elles demeurent de portée limitée en ne remettant pas en cause le caractère globalement proportionnel des cotisations à un régime, elles sont acceptables.

Le CE a ainsi validé¹²² l'absence de constitution de nouveaux droits à pension en contrepartie de cotisations à un régime dans le cadre duquel un assuré a déjà fait liquider une pension de retraite avant de reprendre une activité professionnelle. Comme le relevait le rapporteur public A. Lallet dans ses conclusions : « *l'intéressé est certes autorisé, dans des conditions strictes, à cumuler sa retraite définitive avec des revenus d'activité tirés d'un emploi, mais le fait qu'il soit néanmoins tenu de cotiser traduit simplement l'exigence de solidarité entre les actifs et les retraités. C'est du reste le lot de l'ensemble des pensionnés des régimes AGIRC et ARRCO qui cumulent un emploi et une retraite après liquidation définitive de celle-ci, et c'est aussi vrai du régime de base des professionnels libéraux comme les architectes, à travers la cotisation dite de solidarité, c'est-à-dire une cotisation qui n'ouvre pas de droits supplémentaires et qui concourt simplement à l'équilibre du régime* ».

L'existence du plafond de cotisation remet plus directement en cause le caractère proportionnel des cotisations : les cotisations plafonnées deviennent dégressives au-delà du plafond, et la juxtaposition de cotisations plafonnées et de cotisations déplafonnées produit un prélèvement qui peut être globalement progressif. L'application du plafond de cotisation ne semble toutefois pas poser de problème au regard du principe d'égalité. Dans sa décision du 6 août 2014, le CC a certes relevé que les prestations d'assurance vieillesse sont plafonnées, mais il n'a pas établi de lien avec le plafond de cotisation existant pour ce risque¹²³. Le CE a également estimé que le principe selon lequel « *tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité* »¹²⁴ « *n'impose pas de proportionnalité entre les cotisations versées et les prestations auxquelles elles ouvrent droit* »¹²⁵. Il semble donc possible d'instituer des cotisations déplafonnées, alors même que les prestations correspondantes sont plafonnées, à condition de conserver un taux proportionnel pour les cotisations, qui sont la contrepartie de l'obligation d'affiliation au régime sans même ouvrir de droits spécifiques liés au déplafonnement. Tel est le cas, dans le régime général, non seulement pour les cotisations déplafonnées d'assurance vieillesse¹²⁶, mais aussi pour la cotisation salariale d'assurance maladie (qui est intégralement déplafonnée). Le CE a expressément validé le déplafonnement partiel des cotisations des travailleurs non salariés des professions non agricoles, en jugeant que le principe d'égalité « *ne s'oppose pas à ce que le montant des cotisations réclamées varie en fonction des revenus* »¹²⁷. Le CC a une jurisprudence concordante : « *en faisant porter les cotisations d'assurance maladie à la charge des travailleurs indépendants non agricoles sur une assiette correspondant à l'ensemble des revenus des travailleurs indépendants, le législateur n'a pas modifié leur nature de cotisations* »¹²⁸.

L'existence même d'un plafond au sein d'un régime constitue aussi une différence de situation pouvant justifier une différence de traitement en matière de cotisations : les pouvoirs publics peuvent ainsi décider de faire porter l'effort contributif plutôt au-delà qu'en deçà du plafond, compte tenu du caractère globalement dégressif d'un prélèvement social plafonné.

¹²² 19 septembre 2012, n° 349087, M. Sartini.

¹²³ La censure prononcée concerne en effet également les cotisations salariales d'assurance maladie, qui sont déplafonnées alors même que les prestations en espèces de l'assurance maladie sont plafonnées comme les pensions de retraite.

¹²⁴ Énoncé par l'article 2 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

¹²⁵ 19 septembre 2012, n° 349087, M. Sartini.

¹²⁶ Dont la part doit augmenter en application de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

¹²⁷ 19 mai 1989, n° 73405, Hammel.

¹²⁸ Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 sur la LFSS 2013.

Le CE a ainsi jugé, lors de la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie due par les travailleurs indépendants, que le « *décret attaqué a fixé les nouveaux taux de cotisations d'assurance maladie de telle sorte que leur remplacement partiel par la CSG soit favorable en priorité aux titulaires de faibles revenus ; qu'à cet effet, la diminution des cotisations d'assurance maladie a été fixée à 5,5 points sous plafond et à 3,7 points entre une et cinq fois le plafond ; qu'en procédant de la sorte, le pouvoir réglementaire n'a pas, eu égard à l'objectif de solidarité mis en œuvre par un régime obligatoire de sécurité sociale, porté une atteinte illégale à l'égalité entre les membres d'une même catégorie socioprofessionnelle* »¹²⁹. Une diminution des cotisations plafonnées, plus importante (à coût égal) que l'augmentation concomitante des cotisations déplafonnées, permettrait ainsi d'opérer une redistribution des revenus (avec un gain de pouvoir d'achat sous le plafond), sous réserve de tenir compte de l'impact de la déductibilité des cotisations de l'IR.

Des différences de traitement en matière d'assiette, voire de taux, sont donc possibles en ce qui concerne les cotisations salariales, dans le cadre juridique existant, notamment en jouant sur le plafond ou le critère d'affiliation. On notera qu'il existe même une exonération de cotisation sur critère de revenu, de portée limitée, concernant les bénéficiaires de la CMU de base, mais une telle exonération pourrait difficilement être étendue à l'ensemble des affiliés à l'assurance maladie sur critère professionnel car, en principe, une cotisation est due dès qu'il y a affiliation à un régime. Des cotisations forfaitaires peuvent aussi être instituées¹³⁰. Pour certaines professions, répondant à des situations objectivement particulières, il existe également des taux réduits au sein du régime général (artistes du spectacle, journalistes, médecins ou dentistes travaillant à temps partiel pour plusieurs employeurs, VRP multcartes).

Enfin, l'hypothèse de la « réunification » des cotisations salariales au titre de l'ensemble des assurances sociales (comme la cotisation unique instituée par l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale) ne semble pas poser en elle-même de difficulté, dès lors que la cotisation salariale « unifiée » demeurerait affectée à un seul régime (pour le financement des différents risques au sein de ce régime) en contrepartie de l'affiliation à ce régime et donc de l'ouverture de droits correspondante. La différence serait maintenue avec une imposition, affectée globalement à plusieurs régimes et fonds comme la CSG et sans lien contributif avec un régime particulier. L'affectation du produit de la cotisation salariale globale aux différents risques du même régime ne distend en tout état de cause pas plus le lien contributif que les mécanismes actuels de transferts entre branches (par exemple les versements de la branche AT/MP à la branche maladie) qui aboutissent à ce que le produit d'une cotisation au titre d'un risque finance aussi un autre risque au sein du même régime et qui ont été validés par le CC.

Une telle option faciliterait sans doute la mise en œuvre du déplafonnement de l'ensemble des cotisations, s'il était envisagé, mais ne permettrait pas de porter atteinte au « principe constitutionnel » de proportionnalité globale des cotisations salariales. On observera que le régime micro-social¹³¹, pour les auto-entrepreneurs, prévoit déjà l'application d'un taux unique pour l'ensemble des cotisations et contributions sociales, sans remise en cause de l'ouverture des droits résultant de l'affiliation au régime des travailleurs indépendants, mais il n'a jamais été examiné par le CC.

¹²⁹ 17 mars 1999, n° 194491, *UPA et Ordre des avocats à la cour d'appel d'Orléans*.

¹³⁰ On observera que le CC ne s'est pas saisi d'office de la disposition de la LFSS 2015 consolidant, à l'article L. 242-4-4 du code de la sécurité sociale, la base légale des cotisations forfaitaires.

¹³¹ Prévu par l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

II.1.3. La possibilité de différences de traitement accentuées pour les cotisations patronales

Il existe en principe une seule cotisation par régime ou par risque, et chaque cotisation est pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. Si l'on considère la cotisation sociale comme un prélèvement salarial versé dans une logique de mutualisation du risque et assorti d'une garantie pour le salarié en cas de réalisation de ce risque, avec une part salariale précomptée sur la rémunération de l'assuré, les cotisations salariales et patronales constituent les deux versants d'un même versement effectué par l'employeur, sans différence de nature. La loi doit déterminer les modalités de ce partage du paiement de la cotisation entre employeurs et salariés, et le décret fixe en conséquence le taux de la part qui incombe à chaque catégorie de cotisants¹³².

Pourtant, la jurisprudence constitutionnelle traite de manière séparée ces deux versants. Certes, la définition retenue est la même : une cotisation sociale, qu'elle soit salariale ou patronale, ouvre des droits à prestations au bénéfice des salariés¹³³. Mais le lien contributif n'est pas équivalent : la cotisation payée par le salarié ouvre des droits directement au salarié (et à ses ayants-droit), tandis que la cotisation patronale ouvre des droits, non pas directement à l'employeur, mais à ses salariés qui sont les affiliés au régime¹³⁴. Le lien avec les prestations versées étant seulement indirect en matière de cotisations patronales, le principe du caractère essentiellement proportionnel des cotisations ne s'applique pas. Dans ces conditions, les marges de manœuvre pour les pouvoirs publics sont plus importantes en matière de cotisations patronales que de cotisations salariales.

Ainsi, un dispositif de réduction dégressive des cotisations patronales n'encourt-il pas de risque de censure constitutionnelle. La « réduction Fillon »¹³⁵ consiste en une réduction dégressive de cotisations et contributions sociales à la charge de l'employeur qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs à 1,6 SMIC. Le montant de la réduction est égal au produit de la rémunération mensuelle par un coefficient, fixé par décret en fonction de la rémunération du salarié, dont la valeur maximale au niveau du SMIC correspond à la somme des taux des cotisations et contributions sociales et qui s'annule à 1,6 SMIC.

Ce dispositif se traduit donc par une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale au niveau du SMIC et des taux linéairement progressifs de cotisation jusqu'à 1,6 SMIC.

¹³² Décision n° 60-10 L du 20 décembre 1960.

¹³³ Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014 sur la LFSS 2015.

¹³⁴ Il faut toutefois noter que les cotisations familiales sont dues par les employeurs au profit de leurs salariés, alors que le champ d'application des prestations familiales comprend « toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France » (article L. 512-1 du code de la sécurité sociale).

¹³⁵ Prévue par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

On peut faire un parallèle avec la réduction dégressive de cotisations salariales censurée par le CC dans sa décision du 6 août 2014 : l'exonération votée pour atteindre un objectif de pouvoir d'achat n'était pas totale et la progressivité des taux s'arrêtait à seulement 1,3 SMIC. Malgré son impact financier bien plus important, le CC n'a pas remis en cause la « réduction Fillon », alors qu'il a été amené à se prononcer explicitement sur son champ d'application. Il a ainsi relevé que « *le législateur a entendu favoriser l'emploi en allégeant le coût des charges sociales pesant sur l'employeur* »¹³⁶.

Le CC a ainsi estimé que ce dispositif répond à un motif d'intérêt général en raison de sa finalité, qui vise à atteindre un objectif de coût du travail en tenant compte de la particularité de la situation des cotisants-employeurs. L'objet des cotisations patronales est donc différent, selon le CC, de l'objet des cotisations salariales, puisqu'il autorise une dérogation substantielle au caractère essentiellement proportionnel du versant salarial des cotisations sociales. En réalité, le CC raisonne « verticalement » par champ de personnes concernées (employeurs d'une part, salariés d'autre part), et non « horizontalement » par cotisation finançant un même risque. On observera une différence similaire dans l'application de la jurisprudence constitutionnelle sur le caractère confiscatoire des impositions : alors que pour les personnes physiques le CC additionne les taux marginaux de toutes les impositions pesant sur le même revenu et compare le taux marginal maximal d'imposition en résultant à ce revenu, l'appréciation du caractère confiscatoire du taux marginal maximal des prélèvements que doit acquitter l'employeur qui verse les rémunérations s'opère « *en rapportant le total cumulé des impositions qu'il doit acquitter à la somme de ce total et des rémunérations attribuées* »¹³⁷.

Si des différences de traitement sont donc possibles entre employeurs situés dans une même situation plus largement qu'entre salariés, l'obligation de pouvoir justifier rationnellement ces différences de traitement s'impose également en matière de cotisations patronales. S'agissant toujours de la « réduction Fillon », le CC a ainsi jugé que le législateur a fondé son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en lien avec l'objectif d'intérêt général de réduction du coût du travail lorsqu'il a délimité le champ des employeurs pour lesquels la mesure est applicable, après avoir relevé que le législateur a pris en compte « *le régime juridique de l'employeur, les modalités selon lesquelles l'employeur est assuré contre le risque de privation d'emploi de ses salariés ainsi que le régime de sécurité sociale auquel ces salariés sont affiliés* »¹³⁸.

Le CC a aussi eu l'occasion de se prononcer à deux reprises¹³⁹ sur l'exonération de cotisations patronales pour les rémunérations d'aides à domicile des personnes âgées ou handicapées. Il a accepté la justification de cette exonération par l'objectif d'intérêt général consistant « *à favoriser le maintien chez elles de personnes dépendantes* ».

Il a ensuite estimé, au regard des deux branches du principe d'égalité, d'une part, que l'attribution du bénéfice de cette exonération en fonction du caractère privatif du domicile de la personne bénéficiaire de l'aide était en lien direct avec l'objet de la mesure, et, d'autre part, que la limitation du bénéfice de cette exonération pour les employeurs publics aux seuls centres communaux ou intercommunaux d'action sociale afin de favoriser, pour le suivi social des personnes dépendantes, la coopération intercommunale spécialisée en matière d'aide sociale, était fondée sur un critère objectif et rationnel.

¹³⁶ Décision n° 2013-300 QPC du 5 avril 2013, *CCI de Brest*.

¹³⁷ Décision n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013 sur la loi de finances pour 2014.

¹³⁸ Décision n° 2013-300 QPC du 5 avril 2013, *CCI de Brest*.

¹³⁹ Décisions n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010 sur la LFSS 2011 et n° 2011-158 QPC du 5 août 2011, *SIVOM de la Communauté du Bruayais*.

Dans ces conditions, l'adoption d'un barème progressif de cotisations patronales, retranscrivant « en positif » l'actuelle réduction dégressive, devrait pouvoir être acceptée par le CC, sous réserve que les travaux préparatoires de la disposition mentionnent explicitement l'objectif recherché de réduction permanente du coût du travail.

La variation continue du taux de cotisation entre différents seuils résulte aujourd'hui du dispositif de réduction, qui est un mécanisme dérogatoire au droit commun de l'assujettissement aux cotisations sociales. La barémisation l'inscrirait dans le mode de calcul des cotisations elles-mêmes. Mais il ne s'agirait que d'une autre modalité technique d'un dispositif de même portée, sans incidence sur les droits des assurés et déjà accepté par le CC. Or, comme il a été mentionné précédemment, le juge constitutionnel laisse au législateur la liberté de choix du moyen que ce dernier estime le plus approprié pour atteindre l'objectif qu'il s'est assigné. Le Parlement avait d'ailleurs déjà voté, dans la LFR du 14 mars 2012, l'instauration d'un barème progressif de cotisations familiales, mais cette loi n'avait pas été déferée au CC et le dispositif a été abrogé avant son entrée en vigueur.

Des barèmes distincts, au sein d'un même régime, devraient être prévus compte tenu de l'exclusion actuelle du champ de la « réduction Fillon » de certaines catégories d'employeurs. Une telle différence de traitement paraît également acceptable si elle est justifiée, de manière objective et rationnelle au regard de l'objectif de baisse du coût du travail, par des différences de situation. Le CC a déjà expressément validé l'exclusion du champ de la mesure des chambres de commerce et d'industrie (CCI). Il a aussi fait référence à la situation spéciale des particuliers employeurs. On relèvera que les employeurs publics relèvent de régimes spéciaux, distincts du régime général. Des barèmes propres à chaque régime devraient pouvoir être institués, à condition de ne pas entraîner de rupture caractérisée de l'égalité entre catégories d'employeurs. Enfin, dès lors que la réduction dégressive est globale, pour l'ensemble des cotisations au régime général, la barémisation des cotisations patronales pourrait également s'opérer sur une cotisation unique globalisée.

II.2. L'appréciation des facultés contributives en matière de contributions sociales

L'outil fiscal paraît *a priori* le vecteur le mieux adapté à une politique redistributive de revenus. Comme le relève incidemment le commentaire aux Cahiers de la décision du 6 août 2014 censurant une réduction dégressive de cotisations salariales, « *le législateur demeure entièrement libre d'affecter au financement de la sécurité sociale des impositions de toute nature* ». Il convient toutefois de respecter un certain nombre de règles et principes à valeur constitutionnelle qui limitent également les marges de manœuvre des pouvoirs publics en la matière.

Seront étudiées dans ce cadre deux pistes déjà évoquées dans les précédents travaux du HCFiPS : l'instauration d'une plus grande progressivité de la CSG, d'une part, et l'évolution des modalités de prise en compte des frais professionnels dans l'assiette de la CSG, d'autre part. Un point sera enfin fait sur la question de la déductibilité de la CSG.

II.2.1. La possibilité d'une CSG progressive

Alors même que la CSG est constituée de quatre impositions distinctes, le CC a vérifié, lors de sa création¹⁴⁰, l'absence de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques s'agissant de la détermination des redevables des différentes contributions constituant la CSG, dès lors que ces contributions ont « *pour finalité commune la mise en œuvre du principe de solidarité nationale* ». Il a

¹⁴⁰ Décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 sur la loi de finances pour 1991.

ainsi comparé le seuil d'assujettissement à la CSG sur les revenus d'activité (au premier franc à l'époque) et à celle sur les revenus du patrimoine (correspondant au seuil de mise en recouvrement de l'IR).

Mais le CC ne s'est jamais prononcé explicitement sur l'existence de taux différents pour les différentes contributions constituant la CSG. On peut estimer qu'il l'a implicitement validée à chaque fois qu'il a été saisi de dispositions législatives relatives à l'assiette et au taux de la CSG.

La différence de taux entre revenus d'activité et revenus de remplacement, alors même qu'il s'agit d'une seule et même contribution, devrait pouvoir être justifiée par une différence de situation entre contribuables. En revanche, il peut sembler plus difficile de justifier que la CSG sur les revenus de remplacement – et elle-seule – soit progressive, dès lors qu'il y a trois taux d'imposition différents (0 % ; 3,8 % ; 6,2 ou 6,6 %) dont l'application dépend de l'appréhension globale des revenus des contribuables concernés selon leur revenu fiscal de référence (RFR)¹⁴¹, alors que les revenus d'activité sont soumis à un seul taux proportionnel (7,5 %) dès le premier euro. Une réforme consistant à appliquer également des taux progressifs pour les revenus d'activité ne pourrait que permettre de mieux garantir le respect du principe d'égalité devant les charges publiques pour cette contribution.

Qu'est-ce que le RFR ?

Indiqué sur l'avis d'imposition ou de non-imposition envoyé au contribuable, le revenu fiscal de référence (RFR) est défini au IV de l'article 1417 du CGI. Il permet d'appréhender la plupart des ressources effectivement perçues par un foyer fiscal au cours d'une année civile et a vocation à représenter au plus juste la capacité contributive du foyer. Il comprend ainsi le revenu imposable taxé au barème de l'IR auquel s'ajoutent certains revenus taxés selon un régime spécifique ou exonérés s'ils sont expressément mentionnés par la loi.

Dans sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 censurant la réduction dégressive de CSG qui avait été votée en LFSS 2001, le CC a précisé que, pour « *prendre en compte les capacités contributives des redevables compte tenu des caractéristiques de chaque impôt* », le législateur doit notamment tenir compte de l'ensemble des revenus des membres du foyer, fiscal ainsi que des personnes à charge au sein de celui-ci.

Il convient donc de rappeler les conditions à remplir pour rendre la CSG progressive, s'il était décidé d'utiliser cet outil fiscal de financement de la sécurité sociale à des fins de redistribution accrue des revenus : imposition par foyer, prise en compte des charges de famille, imposition non confiscatoire. Compte tenu de ces contraintes juridiques fortes, l'instauration d'une CSG progressive entraînerait nécessairement une certaine complexification de son recouvrement.

II.2.1.1. La prise en compte des facultés contributives au niveau du foyer fiscal

Selon une jurisprudence bien établie du CC¹⁴², l'article 13 de la Déclaration de 1789 impose, pour toute imposition progressive générale des revenus des particuliers (c'est-à-dire hors impositions

¹⁴¹ La LFSS 2015 a substitué un seuil exprimé en RFR à un seuil de mise en recouvrement de l'IR pour le bénéfice de l'exonération de CSG sur les revenus de remplacement.

¹⁴² Dans sa décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 sur la loi de finances pour 2013, le CC a censuré la contribution exceptionnelle de solidarité de 18 % appliquée à la fraction des revenus d'activité professionnelle excédant le seuil d'un million d'euros par personne physique, au motif que « *deux foyers fiscaux bénéficiant du même niveau de revenu issu de l'activité professionnelle pourraient se voir assujettis à cette contribution ou au contraire en être exonérés, selon la répartition des revenus entre les contribuables composant ce foyer* ».

spécifiques sectorielles, incitatives ou dissuasives), l'appréciation de la capacité contributive au niveau du foyer fiscal. Sinon, deux foyers percevant les mêmes revenus et supportant les mêmes charges (donc présentant la même capacité contributive au sens de l'article 13 de la Déclaration de 1789) pourraient payer des montants différents.

Lorsque le législateur avait souhaité instituer une réduction dégressive de CSG, c'est-à-dire rendre la CSG sur les revenus d'activité progressive afin d'alléger la charge pesant sur les contribuables les plus modestes, le CC avait censuré la minoration de la CSG sur les salaires inférieurs à 1,4 SMIC au motif qu'elle ne prenait pas en compte l'ensemble des revenus du foyer fiscal. Pour reprendre l'exemple figurant dans la saisine des députés, pour un même couple percevant 4 SMIC, la situation au regard de la CSG différait selon la répartition des revenus au sein du couple :

- 1 SMIC + 3 SMIC = 4 SMIC -> CSG+CRDS à 7,3 %,
- 2 SMIC + 2 SMIC = 4 SMIC -> CSG+CRDS à 8 %.

A contrario, cela signifie que le CC accepte que la CSG, individuelle, cédulaire et proportionnelle, ne tienne pas compte du foyer fiscal. Le CC a accepté¹⁴³ que la réduction des cotisations sociales salariales afférentes aux heures supplémentaires ou complémentaires couvre le montant de la CSG et de la CRDS dû au titre de ces heures sans aucune prise en compte du foyer fiscal, en raison de la « portée limitée » de cette mesure qui ne concernait pas l'ensemble des revenus d'activité mais seulement une fraction particulière de ces revenus. Il a aussi validé¹⁴⁴ un prélèvement progressif sur le montant des rentes versées au titre de régimes de retraite supplémentaire dans lesquels la constitution de droits à prestations est subordonnée à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise (« retraites chapeau »), quand bien même il ne prenait pas en compte le foyer fiscal, au motif que les facultés contributives des contribuables avaient été prises en compte par un mécanisme d'exonération et d'abattement et en instituant deux tranches.

Comme pour les heures supplémentaires, il s'agissait d'un élément de revenu tout à fait particulier qui était imposé spécifiquement, et non de l'ensemble des revenus d'activité.

Le mécanisme de conjugalisation mis en œuvre au titre de la progressivité de la CSG sur les revenus de remplacement consiste à appliquer un coefficient conjugal de 1,53 : le plafond de ressources pour le bénéfice de l'exonération de CSG sur les revenus de remplacement est fixé à 10 633 € pour un célibataire et à 16 311 € pour un couple ; depuis 2015, le même coefficient est retenu pour le calcul du seuil de revenus permettant de bénéficier du taux réduit de CSG. Un tel mécanisme pourrait être, dans son principe, reproduit pour une CSG progressive portant sur les revenus d'activité. Mais cela nécessiterait de communiquer aux employeurs le RFR de leurs salariés pour leur permettre de différencier le taux de précompte qu'ils devraient appliquer.

II.2.1.2. La prise en compte des charges de famille

Le législateur doit respecter les exigences résultant du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». L'imposition progressive du revenu nécessite donc de prendre en compte les charges de famille. Cela résulte également de la décision de censure de la réduction dégressive de CSG prononcée par le CC en 2000 : le juge constitutionnel a estimé qu'un dispositif ayant

¹⁴³ Décision n° 2007-555 DC du 16 août 2007 sur la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

¹⁴⁴ Décision n° 2011-180 QPC du 13 octobre 2011, *M. Jean-Luc Ourgaud*.

pour effet de rendre la CSG progressive devait, pour prendre en compte les capacités contributives, tenir compte des personnes à charge au sein du foyer fiscal.

La prise en compte des charges de famille prend la forme, dans le champ social, des prestations familiales et, dans le champ fiscal, du quotient familial (QF) à l'IR. Le système du QF vise à adapter le montant de l'IR aux facultés contributives de chaque foyer fiscal : il repose sur la division du revenu imposable en fonction du nombre de parts du foyer fiscal. La CSG progressive sur les revenus de remplacement est calculée en fonction de seuils de RFR exprimés par part ou demi-part, de sorte que le QF y est bien indirectement appliqué. En revanche, il n'est pas appliqué pour les autres CSG, qui sont des impositions individuelles proportionnelles. S'il était envisagé de rendre progressive la CSG sur les revenus d'activité, un mécanisme similaire devrait être instauré.

Le CC estime toutefois que l'article 13 de la Déclaration de 1789 *« n'impose pas que la prise en compte des charges de famille pour apprécier les facultés contributives ne puisse résulter que d'un mécanisme de QF »*¹⁴⁵. Si cela signifie *a contrario* que le législateur doit prévoir, dans le cadre de l'imposition globale du revenu des personnes physiques, la prise en compte des charges de famille, le QF ne constitue qu'une des modalités possibles de prise en compte des charges de famille. Comme le précise le commentaire aux Cahiers de la décision n° 2012-662 DC, *« le législateur pourrait donc mettre en place un autre dispositif que celui du QF pour prendre en charge les capacités contributives des contribuables liées à l'existence de charges de famille dès lors que ce dispositif satisferait aux exigences du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 »*. Le commentaire aux Cahiers de la décision n° 2010-44 QPC du 29 septembre 2010¹⁴⁶ indique également qu'*« à défaut, se poserait la constitutionnalité de l'ensemble des impôts qui ne sont pas calculés à partir du QF (CSG, CRDS...) »*.

Il serait ainsi possible, en cas d'instauration d'une CSG progressive sur les revenus d'activité, soit de modifier la pondération du QF (en retenant par exemple les échelles d'équivalence de l'INSEE ou de l'OCDE qui différencient notamment les unités de consommation en fonction de l'âge des enfants et non en fonction de leur rang comme l'actuel QF), soit de prévoir des abattements à la base par enfant (qui maintiennent une redistribution horizontale avec une compensation des charges de famille tenant compte du niveau de revenu, afin de garantir une certaine équité, à revenus équivalents, entre foyers fiscaux avec enfant(s) et foyers fiscaux sans enfant), soit d'instaurer un crédit d'impôt forfaitaire par enfant (qui, bien qu'il fasse disparaître toute prise en compte de l'équité horizontale, pourrait être acceptable avec une imposition faiblement progressive par rapport à l'IR s'il permet une prise en compte effective des charges de famille).

II.2.1.3. Le caractère nécessairement progressif mais non confiscatoire de l'imposition globale du revenu des personnes physiques

La progressivité de l'imposition pesant sur les revenus des personnes physiques est un principe constitutionnel, fondé sur l'article 13 de la Déclaration de 1789, qui a été dégagé par le CC lorsqu'il a été amené à apprécier la conformité à la Constitution de l'articulation entre une CSG proportionnelle et un IR progressif.

Lorsque la loi de finances rectificative pour 1993 a augmenté de 1,1 % à 2,4 % du taux de la CSG, le CC a validé la déductibilité à l'IR de cette augmentation de taux en jugeant *« qu'en l'espèce, la déduction opérée par la loi, qui est au demeurant partielle et limitée dans son montant par un mécanisme de*

¹⁴⁵ Décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 sur la loi de finances pour 2013.

¹⁴⁶ Cette décision concerne l'ISF, qui est une imposition par foyer sans mécanisme de QF.

plafonnement, ne remet pas en cause le caractère progressif du montant de l'imposition globale du revenu des personnes physiques »¹⁴⁷. Cette jurisprudence a été confirmée explicitement par deux décisions de 1997. Tout d'abord, le CC a fait référence au « *principe de progressivité de l'impôt* » pour valider la déductibilité à l'IR des versements des salariés aux plans d'épargne retraite institués par la loi¹⁴⁸ : il a pris en compte au regard de ce principe, d'une part, la limitation des versements déductibles et, d'autre part, l'imposition à l'IR (progressif) des sommes capitalisées sur les plans d'épargne retraite. Ensuite, il a admis la déductibilité de la CSG de l'assiette de l'IR, dès lors qu'elle n'avait pas pour effet de « *remettre en cause le caractère progressif du montant de l'imposition du revenu des personnes physiques* »¹⁴⁹. Enfin, le CC a vérifié que le choix du législateur de soumettre à un taux proportionnel les prestations de retraite de source étrangère ou française versées sous forme de capital ne remet pas en cause « *le caractère progressif du montant de l'imposition globale du revenu des personnes physiques* »¹⁵⁰.

Le CC a ainsi reconnu une pleine valeur constitutionnelle à la progressivité de l'imposition globale des revenus des personnes physiques, en tant que déclinaison du principe d'égalité devant les charges publiques. La répartition de l'imposition globale sur le revenu des personnes physiques entre l'IR et la CSG doit donc maintenir une imposition globalement progressive. Il n'est donc pas possible d'augmenter trop fortement le taux proportionnel de la CSG, même si le CC n'exerce en la matière qu'un contrôle restreint limité à l'erreur manifeste d'appréciation.

L'article 13 de la Déclaration de 1789 implique également, selon une jurisprudence plus récente du CC qui est en quelque sorte une limitation du principe de progressivité, l'absence de caractère confiscatoire de l'imposition globale du revenu des personnes physiques. Depuis sa décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 sur la loi de finances pour 2013, le CC examine le respect des facultés contributives en effectuant un examen combiné de l'ensemble des impositions portant sur le même revenu et acquittées par le même contribuable.

La prise en compte du « mille-feuille fiscal » consiste à calculer un taux d'imposition cumulé, qualifié de « *taux marginal maximal d'imposition* », qui correspond à celui que paierait le contribuable qui devrait acquitter le maximum de chacune des impositions pesant sur son revenu. Si ce taux dépasse la limite du confiscatoire, la réforme dont il procède ou une imposition déjà existante sont déclarées contraires à la Constitution. Le CC, en tant que juge de la norme fiscale, ne raisonne pas en termes de taux moyen car un tel taux résulte d'un calcul individualisé par contribuable. Il estime nécessaire de s'assurer lui-même qu'aucun contribuable ne doive payer une imposition globalement confiscatoire.

Le CC a toutefois précisé que seules les impositions « *portant sur le même revenu et acquittées par le même contribuable* » sont prises en compte pour l'appréciation du « *taux marginal maximal d'imposition* » : lorsqu'une entreprise acquitte également une contribution sur un même revenu, cette « *part patronale* » n'est pas ajoutée dans le calcul du taux global. Par ailleurs, le CC prend en compte, dans son calcul, la part déductible de la CSG. En revanche, il ne tient pas compte des abattements pour frais professionnels (à l'IR et à la CSG) qui sont supposés plafonnés en-deçà du niveau de revenus auquel correspond le calcul du « *taux marginal maximal d'imposition* ». De même, et ainsi que le rappelle le commentaire aux Cahiers du CC de sa décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014 sur la LFRSS 2014, seules

¹⁴⁷ Décision n° 93-320 DC du 21 juin 1993.

¹⁴⁸ Décision n° 97-388 DC du 20 mars 1997 sur la loi créant les plans d'épargne retraite.

¹⁴⁹ Décision n° 97-395 DC du 30 décembre 1997 sur la loi de finances pour 1998.

¹⁵⁰ Décision n° 2011-638 DC du 28 juillet 2011 sur la loi de finances rectificative pour 2011.

des impositions de toutes natures sont contrôlées à ce titre, le CC s'étant refusé à intégrer dans le « mille-feuille » les cotisations sociales dès lors que leur objet est d'ouvrir des droits à prestations selon un principe contributif.

Dans son avis rendu le 21 mars 2013 à la demande du Gouvernement sur les conditions de constitutionnalité d'une contribution sur les très hauts revenus, le CE¹⁵¹ a estimé, au regard des différentes censures prononcées par la décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012, qu'« *un taux marginal maximal d'imposition des deux tiers, quelle que soit la source des revenus, doit être regardé comme le seuil au-delà duquel une mesure fiscale risque d'être censurée par le juge constitutionnel comme étant confiscatoire ou comme faisant peser une charge excessive sur une catégorie de contribuables en méconnaissance du principe d'égalité* ». Dès lors que la CSG et les autres contributions sociales entrent dans la composition du « mille-feuille fiscal », toute augmentation de ces impositions ne doit pas conduire à dépasser le taux marginal maximal d'imposition de 66,66 %.

En 2015, les revenus d'activité supportent un taux marginal maximal d'imposition de 54,5 %. La marge de manœuvre restante jusqu'au taux de 66,66 % est ainsi de 12 %. Le taux pesant sur les revenus de remplacement est de 54,3 % pour les pensions de retraite (il est plus faible pour les autres revenus de remplacement), ce qui ouvre une marge de manœuvre équivalente, sauf pour les « retraites chapeau » pour lesquelles le taux validé par le CC est de 68,3 % : toute réforme portant sur les revenus de remplacement nécessiterait donc de diminuer à due concurrence les taux de la contribution salariale spécifique portant sur les « retraites chapeau ».

Pour les revenus du capital, le taux marginal maximal d'imposition s'établit d'ores et déjà à 62 %, compte tenu de la multiplicité des prélèvements sociaux sur le capital. La marge de manœuvre restante jusqu'au taux de 66,66 % est ainsi de seulement 4,6 %. S'agissant toutefois des dividendes, la marge de manœuvre serait un peu plus grande compte tenu de l'abattement d'assiette de 40 % au titre de l'IR.

Il devrait également être envisageable de tenir compte des différents abattements pour durée de détention, accrus par la loi de finances pour 2014, concernant les plus-values mobilières, dès lors que ces abattements ont été pris en compte par le CC dans sa décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 pour vérifier que « *le législateur n'a pas instauré des modalités d'imposition qui méconnaîtraient les capacités contributives des contribuables* ». Mais, comme le rappelle la Cour des comptes¹⁵², « *le taux marginal d'imposition des revenus du capital ne laisse que peu d'espace pour une augmentation générale de la CSG* ».

Dans son rapport d'étape sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale publié en juin 2013, le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait remarqué que « *la jurisprudence récente du CC relative à la contribution exceptionnelle de solidarité sur les très hauts revenus d'activité (décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012), qui intègre la CSG aux impositions de toutes natures qui doivent être prises en considération pour l'appréciation du caractère confiscatoire du prélèvement marginal total, limite la possibilité d'agir sur cette ressource* ». La portée de cette jurisprudence doit effectivement s'apprécier compte tenu de la structure particulière des prélèvements obligatoires en France. Les revenus du travail y sont davantage soumis aux cotisations sociales que les revenus du capital. Le caractère confiscatoire de l'imposition globale est donc plus rapidement atteint pour les revenus du capital, alors même que les revenus du travail subissent des

¹⁵¹ Rapport public CE 2014, pp. 190-191.

¹⁵² Rapport sur l'application des LFSS, septembre 2013, p. 135.

prélèvements globaux plus importants avec les cotisations sociales patronales. Cette jurisprudence est donc favorable, soit à l'augmentation de la fiscalité indirecte sur les ménages (TVA) pour financer la protection sociale, soit au basculement des cotisations patronales sur la seule CSG portant sur les revenus d'activité, qui est distincte de la CSG sur les revenus du capital. Compte tenu des règles actuelles de déductibilité, il serait ainsi possible de transférer au maximum 14,5 points de cotisations patronales sur la CSG portant sur les revenus d'activité¹⁵³.

L'intégration de la CSG dans le « mille-feuille fiscal » tient ainsi à la nature même de ce prélèvement social, lequel n'ouvre pas de droits à prestations à la différence des cotisations. Comme le précise le commentaire aux Cahiers de la décision n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013 sur la loi de finances pour 2014, « *il ne convenait pas d'inclure dans cette addition d'impositions les cotisations sociales, même pour la part patronale de celles-ci, ces cotisations étant la contrepartie de l'acquisition de certains droits (retraite, maladie, invalidité) ni les cotisations au régime d'assurance chômage* ». Le basculement dans le champ fiscal d'une partie du financement de la sécurité sociale, au nom de la solidarité nationale, a donc aujourd'hui des conséquences qui n'avaient pas été envisagées à l'origine de la création de la CSG.

II.2.2. La prise en compte forfaitaire des frais professionnels

Depuis sa création en 1991, la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement est perçue sur une assiette nette de frais professionnels, ces frais étant obligatoirement déduits de manière forfaitaire sur les salaires et revenus assimilés, alors que les non-salariés peuvent déduire leurs frais réels. Le taux de la déduction forfaitaire pour frais professionnels a d'abord été fixé à 5 %, puis il a été ramené à 3 % à compter de 2005 et enfin à 1,75 % à compter de 2012.

La LFSS 2011 a également limité la déduction forfaitaire sur un montant de frais professionnels n'excédant pas quatre fois le plafond de la sécurité sociale, soit 12 680 € par mois en 2015¹⁵⁴.

Cette déduction forfaitaire permet d'assurer l'égalité de traitement entre salariés et non-salariés¹⁵⁵, au regard de deux types de considération :

- les conditions de déductibilité tout d'abord : les non-salariés ont en principe la faculté de déduire l'intégralité de leurs frais professionnels de l'assiette de l'IR (qui sert de base, sous réserve de quelques corrections, à celle de la CSG dont ils sont redevables), alors que l'assiette de la CSG des salariés ne permet une telle déduction que dans certaines limites ;

- la transparence ensuite : le non-salarié qui établit lui-même sa déclaration peut (de bonne ou mauvaise foi) majorer les frais réellement exposés ; tel n'est pas le cas du salarié. De surcroît, l'employeur ne prend pas nécessairement en charge l'intégralité des frais de ses salariés, quand ceux-ci sont difficilement identifiables ou malaisément dissociables de ses dépenses privées (par exemple une fraction du coût du logement quand le salarié est amené à travailler ponctuellement à domicile).

¹⁵³ Pour mémoire, le taux global de cotisations patronales déplaçonnées au titre du régime général est de 20,15 %, dont 13,1 % pour la branche maladie.

¹⁵⁴ Il existe un système équivalent à l'IR puisque la déduction forfaitaire de 10 % pour frais professionnels est plafonnée à 12 157 € pour l'IR 2015 dû sur les revenus 2014.

¹⁵⁵ Il existe un mécanisme similaire d'égalisation de l'assiette des revenus soumis à CSG au regard des cotisations sociales : dès lors que la CSG est perçue sur les salaires bruts, les cotisations personnelles de sécurité sociale qui ont été déduites du revenu imposable des travailleurs indépendants sont réintégrées dans l'assiette soumise à CSG.

Le CC a estimé¹⁵⁶ que l'existence même de la déduction forfaitaire en faveur des salariés permet d'éviter toute disproportion manifeste avec la situation des non-salariés. Il a validé¹⁵⁷ la diminution du taux de la déduction forfaitaire de 5 % à 3 %, en estimant qu'elle « *n'a pas rompu de façon caractérisée l'égalité devant les charges publiques* » dès lors que le législateur a pris en compte le rapprochement des situations réelles des salariés et des non-salariés depuis la création de la CSG. Le CC a pris en considération un changement des circonstances de droit – au regard de possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés dans le cadre d'un arrêté du 20 décembre 2002 – ainsi qu'un changement des circonstances de fait grâce aux progrès intervenus dans la connaissance des revenus des indépendants, un argument essentiel étant tiré de la proportion notablement accrue de non-salariés recourant à un centre de gestion agréé pour établir leur déclaration de revenus.

Les modifications ultérieures de la déduction forfaitaire n'ont pas été examinées par le CC. L'écêtement à quatre fois le plafond de la sécurité sociale a été justifié au regard du fait qu'au-delà d'un tel niveau de rémunération il n'y a plus de frais professionnels. En parallèle pour les non-salariés, la déduction au réel de frais professionnels supérieurs peut sembler difficile à justifier en pratique, sous le contrôle des organismes de recouvrement concernés puis du juge de l'impôt le cas échéant.

La réduction à 1,75 % du taux de déduction forfaitaire a été justifiée, en droit, par la continuation de l'amélioration des conditions de prise en charge des frais professionnels des salariés (par exemple, la LFSS 2009 a étendu à l'ensemble du territoire l'obligation pour l'employeur de prendre en charge une partie des abonnements de transport collectifs, antérieurement limité à l'Île-de-France ; de même, les possibilités d'utilisation des titres restaurants financés par les employeurs ont été considérablement accrues par plusieurs dispositions) et, en fait, par une nouvelle augmentation du taux de recours aux centres de gestion agréés par les non-salariés (de 75 % à 80 %) et, en parallèle, par la diminution de la transparence des frais des salariés en raison de la multiplication des abonnements de téléphonie mobile pris en charge par les employeurs mais évidemment utilisables à d'autres fins.

On peut raisonnablement estimer que, sauf à pouvoir justifier de nouvelles modifications substantielles des conditions de droit et de fait, le législateur a fixé le taux de la déduction forfaitaire pour les salariés à un niveau plancher. Il convient en effet de ne pas dénaturer le principe même de la déduction. Ainsi, la suppression pure et simple de cette déduction forfaitaire serait à coup sûr jugée inconstitutionnelle. La proposition consistant à rendre cette déduction partiellement ou totalement déconnectée des revenus, qui avait été formulée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale dans le point d'étape sur les évolutions du financement de la protection sociale publié en mars 2014, semble donc présenter un risque constitutionnel réel. En effet, un montant de déduction nominal, identique pour tous les salariés, serait susceptible d'être regardé comme contraire au principe d'égalité devant les charges publiques, non seulement entre salariés, mais aussi et surtout au regard de la situation des non-salariés qui sont par principe aux frais réels.

¹⁵⁶ Décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 sur la loi de finances pour 1991 instituant la CSG.

¹⁵⁷ Décision n° 2004 504 DC du 12 août 2004 sur la loi relative à l'assurance maladie.

II.2.3. Les règles de déductibilité de la CSG

Lorsque la loi de finances pour 1991 a institué la CSG à un taux de 1,1 %, elle n'a pas prévu sa déductibilité à l'IR, dès lors que la CSG se substituait à des cotisations patronales de sécurité sociale et que l'objectif recherché était de renforcer la progressivité d'ensemble de l'imposition des revenus. Lors de l'augmentation de 1,3 % du taux de la CSG réalisée par la première loi de finances rectificative pour 1993, la déductibilité de cette augmentation de la CSG avait d'abord été prévue, mais la loi de finances pour 1994 est revenue sur cette déductibilité, qui ne s'est donc pas appliquée. En revanche, lorsque le taux de la CSG a été augmenté pour se substituer à des cotisations salariales d'assurance maladie qui étaient déductibles de l'assiette de l'IR, les lois de finances pour 1997 et pour 1998 ont prévu la déductibilité des augmentations de taux de CSG correspondant à ces substitutions à des cotisations déductibles. Cette déductibilité a concerné non seulement les revenus d'activité mais aussi les revenus de remplacement et les revenus du capital, qui pourtant n'étaient pas auparavant soumis à cotisation.

Lorsque la CSG sur les pensions de retraite et les revenus du capital a été augmentée en 2004, la loi de finances rectificative pour 2004 a aussi prévu la déductibilité de cette augmentation.

La part de la CSG non déductible a donc été, pour tous les revenus, de 2,4 points depuis 1993. La loi de finances pour 2013 a toutefois introduit une différence de traitement pour les revenus du capital, dont la part non déductible de CSG a été depuis portée à 3,1 points.

Le CC l'a validée¹⁵⁸ par les motifs suivants : *« la réduction de la part de la CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement admise en déduction de l'assiette de l'IR a pour effet d'augmenter les recettes fiscales et d'accroître le caractère progressif de l'imposition globale des revenus du patrimoine et des produits de placement des personnes physiques ; cette réduction de la déductibilité, qui ne porte que sur la CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, demeure limitée ; son incidence sur la majoration du taux d'imposition des revenus du patrimoine et des produits de placement soumis au barème de l'IR ne saurait, par suite, conduire à la regarder comme entraînant une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques »*.

L'article 154 *quinquies* du CGI prévoit ainsi aujourd'hui que sont déductibles pour la détermination de l'assiette de l'IR :

- 5,1 points de CSG sur les revenus d'activité et les allocations de préretraite versées aux bénéficiaires dont la préretraite a pris effet depuis le 11 octobre 2007, ainsi que sur les revenus du patrimoine autres que ceux soumis à l'IR à un taux proportionnel et les produits de placement à revenu fixe, les bons ou contrats d'assurance-vie ou de capitalisation et les dividendes et assimilés pour lesquels la CSG est prélevée à la source ;
- 4,2 points de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et les allocations de préretraite versées aux bénéficiaires dont la préretraite a pris effet avant le 11 octobre 2007 ;
- 3,8 points de CSG sur les autres revenus de remplacement, ainsi que sur tous les revenus de remplacement passibles du taux réduit de CSG à 3,8 %.

¹⁵⁸ Dans sa décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012.

En revanche, la CRDS et tous les autres prélèvements sociaux sur les revenus du capital ont toujours été intégralement non déductibles. De même, la CSG portant sur les revenus du capital ayant fait l'objet d'un prélèvement forfaitaire n'est pas déductible. Le CC a en effet estimé¹⁵⁹ qu'« *il appartenait au législateur de prévoir, afin de ne pas remettre en cause le caractère progressif du montant de l'imposition du revenu des personnes physiques, que la déductibilité partielle de la CSG continuerait à ne bénéficier qu'aux revenus et produits soumis au barème progressif de l'IR et non à ceux soumis à un taux proportionnel* ».

La non-déductibilité – partielle pour la CSG, totale pour les autres contributions sociales – trouve son fondement constitutionnel dans la possibilité de taxer à l'IR un élément d'assiette qui sert déjà de base à un autre impôt. Le CC a en effet jugé qu'« *aucune règle ou principe de valeur constitutionnelle ne fait obstacle à ce que, dans l'exercice de la compétence qu'il tient de [l'article 34 de la Constitution], le législateur puisse, pour un impôt déterminé, retenir un élément d'assiette qui sert déjà de base à un autre impôt* »¹⁶⁰.

En sens inverse, la déductibilité de la CSG de l'assiette de l'IR est aussi admise par le CC. Il l'a expressément jugé dans sa décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 : « *Le principe d'égalité devant les charges publiques ne fait pas obstacle à ce que le législateur, dans l'exercice des compétences qu'il tient de l'article 34 de la Constitution, rende déductible un impôt de l'assiette d'un autre impôt ou modifie cette déductibilité, dès lors qu'en modifiant ainsi la charge pesant sur les contribuables, il n'entraîne pas de rupture caractérisée de l'égalité entre ceux-ci* ».

D'un point de vue juridique, il est donc possible de prévoir, soit une déductibilité, soit une non-déductibilité, soit un *mix* des deux. Dès lors que chaque contribution sociale constitue un impôt particulier, et que la CSG est elle-même constituée d'impositions distinctes, il est possible d'adopter des règles spécifiques pour chaque contribution. Il convient toutefois de respecter le principe d'égalité devant les charges publiques, c'est-à-dire ne pas remettre en cause le caractère progressif de l'imposition globale des revenus en cas de renforcement de la déductibilité et ne pas atteindre des taux confiscatoires en cas de renforcement de la non-déductibilité.

Cette grande latitude laissée au législateur en ce qui concerne la déductibilité de la CSG tient précisément à sa nature d'imposition de toutes natures. Si la CSG était une cotisation sociale (pour reprendre les termes du débat évoqué en fin de première partie), elle devrait être traitée comme toutes les autres cotisations sociales, c'est-à-dire être rendue intégralement déductible de l'IR. Il ne serait en effet sans doute pas possible de prévoir seulement une déductibilité partielle, faute de pouvoir justifier objectivement une telle déductibilité partielle, ni même la raison d'une différenciation avec les autres cotisations finançant les mêmes régimes de sécurité sociale.

*

* *

Les analyses présentées ci-dessus par M. Jean-Luc Matt, si elles ouvrent la voie à un certain nombre d'évolutions telles que l'intégration dans un barème des allègements généraux de cotisations sociales employeurs ou l'aménagement de la progressivité des prélèvements sociaux à la charge des ménages

¹⁵⁹ Dans sa décision n° 97-395 DC du 30 décembre 1997 sur la loi de finances pour 1998.

¹⁶⁰ Décision n° 84-184 DC du 29 décembre 1984 sur la loi de finances pour 1985.

via l'action sur leur déductibilité fiscale, montrent néanmoins un resserrement de la jurisprudence constitutionnelle qui, comme le Haut Conseil du financement de la protection sociale l'avait souligné dans son rapport d'étape de juin 2013, n'est pas sans soulever certaines interrogations :

- en premier lieu, quant à la lisibilité d'ensemble des prélèvements finançant la protection sociale, compte tenu de la divergence entre les juridictions internes et la Cour de justice de l'Union européenne sur les règles d'assujettissement à la CSG et à la CRDS, ou du traitement différencié réservé par la jurisprudence constitutionnelle aux cotisations et aux contributions sociales pour l'appréciation de la nature éventuellement « confiscatoire » du prélèvement fiscal pris dans son ensemble, alors que certains risques sociaux (famille, maladie) sont financés simultanément par ces deux recettes ;
- en second lieu, quant à l'étroitesse des marges de manœuvre dont dispose le législateur, dans l'hypothèse où il souhaiterait accroître la progressivité du prélèvement social ou envisagerait une substitution entre une partie des cotisations sociales à la charge des salariés et la CSG (cf., par exemple, les hypothèses étudiées en ce sens dans la première partie du chapitre II du présent rapport).

On observera en outre que les réflexions précédentes témoignent de différences importantes dans les approches juridique et économique des cotisations et contributions sociales.

En effet, l'analyse juridique retient comme primordiale la distinction entre impositions de toutes natures et cotisations sociales, et au sein de ces dernières attache un prix important à l'agent – employeur, travailleur indépendant, salarié, titulaire de revenus de remplacement – qui les acquitte. A l'inverse, l'analyse économique s'intéresse au premier chef à l'incidence effective des prélèvements sur les prix des biens et des facteurs de production, et à cet égard peut être conduite à ne pas faire de différence sensible à long terme entre les cotisations sociales à la charge des employeurs et des salariés et la CSG sur les revenus d'activité dans la mesure où, dans une optique de long terme, tous trois pèsent *in fine* sur la rémunération du travail. A court-moyen terme, et comme l'ont montré les simulations présentées dans le point d'étape du Haut Conseil de mars 2014, tous les prélèvements acquittés par les ménages et pesant directement sur leurs revenus d'activité ont par ailleurs au premier ordre un impact macroéconomique identique, quelle que soit leur qualification juridique (CSG, impôt sur le revenu, cotisations sociales...).

Au demeurant, cette discussion gagnerait à être éclairée par la connaissance des appréciations que les citoyens eux-mêmes portent sur les différents prélèvements. Il serait en effet intéressant de mesurer la perception de ces différents prélèvements selon qu'il s'agit juridiquement d'impôts ou de cotisations sociales, qu'ils sont plus ou moins directement affectés au financement des prestations en nature et en espèces, et que ces prestations correspondent à des droits ouverts immédiatement ou à effet différé dans le temps. A cet égard, les résultats fragmentaires qu'il est possible de dégager aujourd'hui des enquêtes d'opinion sur la protection sociale ne font pas apparaître de contrastes marqués dans l'appréciation portée par les personnes interrogées sur les impôts généraux et sur les cotisations sociales (cf. encadré ci-dessous). Un enrichissement de ces enquêtes ou des études d'économie expérimentale seraient bienvenus afin d'approfondir cette connaissance.

Les opinions des Français sur le financement de la protection sociale

L'analyse juridique menée dans le présent chapitre pourrait être utilement complétée par une appréhension des appréciations que les Français portent sur les différents modes de financement de la protection sociale, et qui pourraient être éventuellement différents selon le type de prélèvement qui serait sollicité au titre des différents risques. Cette réflexion bute toutefois sur le caractère limité des questions qui figurent actuellement dans les enquêtes d'opinion sur la protection sociale.

Il est tout d'abord possible de mobiliser le baromètre annuel d'opinion de la Drees, qui est réalisé depuis 2004¹⁶¹. Celui-ci comporte plusieurs questions visant à mesurer l'appréciation générale des Français sur la qualité et le coût du système de protection sociale, et à leur faire exprimer leurs préférences entre plusieurs scénarios visant à garantir l'équilibre pérenne des régimes sociaux, tels qu'une augmentation des prélèvements ou une diminution des prestations.

Il ressort des différentes vagues de cette enquête qu'une nette majorité de Français juge que le système français de protection sociale « fournit un niveau de protection suffisant » (75%), « peut servir de modèle à d'autres pays » (80%), mais « coûte trop cher à la société » (67%). Des enquêtes européennes sur des thèmes identiques suggèrent que la France se caractérise, relativement aux autres pays, par un haut niveau d'adhésion au système de protection sociale, mais contrebalancé par une préoccupation marquée pour son coût. Cependant, amenés à choisir entre hausse des prélèvements et baisse des prestations pour ramener la protection sociale à l'équilibre, une majorité relative de Français se prononce en faveur de la première éventualité (39%, contre 31% en faveur d'une baisse des prestations), ces pourcentages étant sensiblement constants depuis une dizaine d'années. Ce sont sans surprise les personnes à revenu modeste qui expriment le plus fort soutien au maintien des prestations, mais de façon plus inattendue les personnes à revenu élevé qui se déclarent les plus favorables à des « hausses de cotisations » pour garantir le financement des prestations. Il faut toutefois noter que cet état de l'opinion, qui peut traduire une acceptation majoritaire du prélèvement social lorsque ses contreparties en termes de prestations sont simultanément mentionnées, s'exprime sur fond de recul du soutien à l'universalité de la protection sociale depuis le déclenchement de la crise économique, particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie : ainsi, 29% des personnes interrogées en 2014 estimaient que « l'assurance maladie doit bénéficier uniquement à ceux qui cotisent », contre 10% en 2010.

L'enquête de la Drees ne permet cependant pas d'analyser plus en profondeur l'opinion des Français à l'égard du prélèvement social, et notamment au regard de sa différence éventuelle avec les prélèvements fiscaux sans contrepartie. Toutefois, une enquête de la Caisse des dépôts conduite en 2012 sur les attentes et les perceptions de Français à l'égard de la retraite¹⁶² a tenté de questionner un échantillon d'individus sur leur perception d'une hausse hypothétique des cotisations retraite : prélèvement obligatoire indistinct ou garantie de revenu différé ? À 77%, les personnes interrogées perçoivent une hausse des cotisations pour la retraite comme « une charge supplémentaire aujourd'hui qui vient diminuer leur revenu ». Cependant l'opinion alternative (« une garantie de percevoir plus tard la retraite à laquelle ils ont droit ») est plus fréquente chez les personnes approchant de l'âge de la retraite (30% chez les 45-55 ans) que chez les plus jeunes (20% chez les moins de 45 ans). Elle est aussi plus répandue chez les personnes occupant un emploi, et croît avec le revenu.

Ces éléments de réponse restent toutefois parcellaires et mériteraient d'être complétés dans les enquêtes ultérieures, d'une part sur la connaissance effective qu'ont les Français des prélèvements qui financent la protection sociale et de leurs caractéristiques, et d'autre part sur l'appréciation relative qu'ils portent sur eux, y compris en termes de complexité et de lisibilité.

¹⁶¹ Drees (2015), « Préoccupés par la précarité, les Français pensent que le système de protection sociale doit évoluer », synthèse des résultats du baromètre d'opinion Drees-BVA 2014), juin.

¹⁶² L. Soulat (2013), « Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite », complément à *Questions retraite et solidarité*, « Les Français et leur retraite : connaissance, inquiétude et attachement », n° 2, Caisse des dépôts, mai.

En tout état de cause, étant donné les contraintes que l'état actuel du droit impose à l'évolution des prélèvements sociaux, celle-ci ne pourrait emprunter à terme que deux voies qui différeraient quant à leurs conséquences sur la spécificité de ces prélèvements :

- la première voie consisterait à promouvoir une redéfinition de la notion de cotisation en s'appuyant sur la décision du Conseil d'État de 1990 relative à la contribution sur les primes d'assurance automobile et sur la jurisprudence communautaire ; seraient alors considérées comme des cotisations la CSG, les prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et des placements et la CRDS, et y seraient assujetties les personnes qui ont un droit à des prestations sociales versées par des régimes français de sécurité sociale, même si ces personnes ne sont pas résidentes fiscales en France ; le caractère d'impositions de toutes natures de ces prélèvements serait remis en cause, au profit de leur inclusion dans une notion élargie de cotisation constituée des prélèvements finançant la protection sociale, qui privilégierait la référence à l'affiliation à un régime de sécurité sociale par rapport à celle « d'ouverture de droits » ; ceci permettrait de s'adapter au cas de branches tendant vers l'universalité des droits (famille, maladie), et dans lesquels, en tout état de cause, les droits ne sont plus subordonnés à l'acquittement d'une cotisation ; ces innovations juridiques ne s'exposent pas moins à un risque de censure par le Conseil constitutionnel en cas de mise en œuvre d'un véhicule législatif, qui doit être évalué pour le cas échéant prévoir une modification de la Constitution ; par ailleurs, elle ne garantit pas la possibilité de rendre progressif le barème des cotisations sociales, car quand bien même le Conseil constitutionnel validerait cette évolution juridique, celles-ci devraient néanmoins rester essentiellement proportionnelles au revenu ;
- la deuxième voie, qui répondrait en particulier à cette question, consisterait à aller dans le sens d'une progressivité accrue de la CSG, sur la base de critères tenant compte, dans la lignée de la jurisprudence constitutionnelle, de la capacité contributive des ménages ; cette évolution, jusqu'ici jugée problématique, serait facilitée par le rapprochement des règles de perception de l'impôt sur le revenu avec celles de la CSG ; en effet, le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, dont la mise en œuvre a été annoncée par le Gouvernement à l'horizon 2018, pourrait nécessiter la communication aux employeurs d'une information sur l'ensemble des revenus du foyer fiscal du salarié, notamment *via* le revenu fiscal de référence ; l'institution d'un barème progressif de la CSG, ainsi facilitée, n'impliquerait pas en tant que telle une éventuelle fusion avec l'impôt sur le revenu, dans la mesure où les deux barèmes pourraient demeurer fortement différenciés, et où l'affectation de la CSG aux régimes de protection sociale ne serait pas remise en cause.

Ces deux hypothèses, qui vont dans des sens différents et seraient toutes deux à approfondir au plan juridique et technique, seraient potentiellement toutes deux cohérentes avec la mise en place d'un régime unique des prestations en nature d'assurance maladie, dont l'objectif a été annoncé le 5 juin 2015 par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, et dont le présent rapport examine les conditions de faisabilité en son chapitre IV.

Contributions des membres
du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Contribution de la Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Il s'agit dans ce chapitre d'examiner les modalités d'instauration d'une progressivité des cotisations et de contributions salariés au regard de la jurisprudence. Il n'est certes jamais inutile de parfaire sa connaissance mais avant de se prononcer sur les modalités, il conviendrait se poser la question du bien-fondé d'une telle orientation.

Pour la CFDT, elle ne se pose même pas s'agissant des cotisations qui toutes financent des prestations contributives. Cette seule caractéristique la conduit à refuser cette perspective.

La question peut en revanche se poser pour la CSG qui finance pour l'essentiel des prestations à caractère universel. C'est un débat ancien que la CFDT a tranché par la négative considérant que l'accroissement du prélèvement social sur les classes moyennes risquait de renforcer le poids de ceux qui militent en faveur d'un droit d'option à la désaffiliation de la sécurité sociale. L'alternative qui consisterait à fixer le taux maximal du barème au niveau du taux actuel de CSG engendrerait des pertes conséquentes de recettes que l'Etat devrait combler par des transferts d'autres ressources qui rendraient moins compréhensible encore le financement de ces prestations alors que nous cherchons à le rendre plus lisible.

Il existe en France deux impôts qui ont vocation, entre autres, à opérer une redistribution par leur barème progressif : l'impôt sur le revenu et l'ISF pour le patrimoine. Utilisons-les en les réformant plutôt que de complexifier encore les circuits de financement de la sécurité sociale. La CFDT demeure attachée à une réforme fiscale d'ampleur qui accroisse le poids de l'impôt progressif dans la fiscalité au travers d'un impôt sur le revenu rénové.

Contribution de la Confédération française de l'encadrement –

Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Le chapitre relatif au cadre juridique des cotisations et contributions sociales dresse une analyse juridique particulièrement fouillée et documentée de ces prélèvements et livre en ce sens un outil potentiellement très utile aux différents acteurs.

Cela étant, ce chapitre vise avant tout à analyser « des modalités par lesquelles les capacités contributives des assurés pourraient être davantage prises en compte dans la détermination des prélèvements sociaux » et étudie en guise de prolongement la possibilité d'introduire un barème progressif de CSG en s'appuyant sur la mise en œuvre- le cas échéant - du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.

- Si la CFE-CGC n'est pas, de façon dogmatique, contre le prélèvement à la source, elle redoute que sa mise en place soit l'occasion d'aller progressivement vers davantage d'individualisation de l'impôt. Or, la CFE-CGC est fermement attachée au maintien de la notion de foyer fiscal. Celui-ci joue un rôle essentiel pour la prise en compte des situations familiales, notamment pour l'impôt sur le revenu et ce, grâce au mécanisme du quotient familial. Nous considérons le quotient familial comme le dispositif le plus efficace et le plus juste pour traduire les objectifs de la politique familiale. C'est un outil de redistribution horizontale, qui vise à offrir un niveau de vie équivalent, à revenu équivalent, à deux familles avec ou sans enfants.

Se pose de surcroît la question de la confidentialité des données personnelles du contribuable vis-à-vis du tiers payeur vraisemblablement l'employeur. La connaissance du revenu fiscal de référence par l'employeur pourrait défavoriser les salariés lors des négociations salariales qui, de surcroît sont fortement individualisées pour les cadres.

C'est pourquoi, la CFE-CGC est très réservée quant à la pertinence de ce mode de prélèvement et ce d'autant plus que le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires montre que les avantages sont limités.

- La CFE-CGC ne partage pas la proposition du rapport d'introduire éventuellement un barème progressif de CSG. Les classes moyennes seraient fortement pénalisées car il y a fort à parier qu'elles supporteraient tout le poids du passage d'une CSG proportionnelle à une CSG progressive. La suppression de la déductibilité partielle de la CSG sur l'impôt sur le revenu aurait les mêmes conséquences. Or, notre système de protection sociale est déjà largement redistributif¹⁶³. Aussi, nous refusons tout accroissement de redistribution qui s'opérerait au détriment des classes moyennes et de l'encadrement, catégories déjà largement ponctionnées du fait de diverses mesures fiscales et sociales récentes qui ont amputé leur pouvoir d'achat. En aucun cas, ces catégories qui contribuent largement au financement du système, ne doivent supporter davantage les ajustements financiers envisagés.

¹⁶³ Dans son rapport « Rapport d'étape sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale » publié en juin 2013, le Haut Conseil de financement de la protection sociale concluait dans son chapitre 2 que la protection sociale, en sus de sa mission première de couverture des individus contre les principaux risques de l'existence, réalise une redistribution importante des revenus des ménages aisés vers les ménages modestes.

Contribution du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Le chapitre 3 du présent rapport a pour but de mesurer le degré de sécurité juridique de plusieurs pistes d'évolution possibles des cotisations et contributions sociales. L'orientation principale consiste à rechercher les voies et moyens de rendre plus progressifs les prélèvements obligatoires destinés au financement de la protection sociale, cotisations salariales ou CSG. Le MEDEF n'entend pas mettre en doute les développements juridiques du rapport, mais s'interroge sur la pertinence de l'objectif.

En effet, s'il s'agit d'augmenter les prélèvements sur ceux qui ont les plus importantes capacités contributives, donc d'augmenter les prélèvements obligatoires notamment sur le travail des plus qualifiés, le Medef appelle les pouvoirs publics à mesurer l'impact économique et social d'un tel choix, le travail qualifié étant déjà largement mis à contribution, plus en France que partout ailleurs¹⁶⁴. L'augmentation du coût du travail qualifié n'est certainement pas une solution. Au bout du compte, c'est une nouvelle charge pour les entreprises et cela grève leur compétitivité à l'international, en particulier dans les activités à forte valeur ajoutée. Le travail hautement qualifié est un facteur de production dont le marché est très mondialisé. En augmenter le coût rendra encore plus difficile le maintien en France des cadres à haute productivité et des compétences dont nos entreprises ont besoin.

Comme l'a souligné le Haut conseil dans un précédent rapport, les prestations sociales, notamment l'assurance maladie, sont largement redistributives. L'acceptabilité des prélèvements par ceux qui financent déjà largement la protection sociale et bénéficient très peu des prestations devient un sujet que l'on ne peut plus ignorer. La part des dépenses mutualisées progresse (34% du PIB), la liberté dans le choix de la couverture diminue. Le poids sur les actifs augmente. Le risque d'expatriation des jeunes actifs très bien (et gratuitement) formés dans nos écoles et nos universités doit en particulier être pris en compte. Le mouvement a commencé.

S'il s'agit de baisser la contribution de ceux qui ont les facultés contributives les moins importantes, la question peut être examinée. Mais cela ne peut se faire qu'avec une baisse drastique des dépenses, au-delà de ce qui est nécessaire au retour à l'équilibre des comptes sociaux, que l'on peine pourtant à obtenir.

Incidemment, le MEDEF rappelle que 50% des résidents ne paie pas d'impôt sur le revenu. Les exonérer de contribution directe à la protection sociale par la progressivité de la CSG (taux 0), ce serait laisser croire qu'elle est gratuite. Illusion qui peut coûter très cher.

¹⁶⁴ Alors que les cotisations patronales et salariales représentent en moyenne 19% du niveau de vie des 10% de personnes les plus modestes, elles représentent 55% du niveau de vie du neuvième décile (Source : *Annexe 1 du PLFSS 2015 – Programme de qualité et d'efficience « financement »*).

Contribution de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

Ce qui précède crée une excellente transition avec ce qu'aborde le document « Cotisations et contributions sociales : le cadre juridique actuel » dans ses pages 37 à 40.

Il est bien connu que la protection sociale a des problèmes de financement. Un des remèdes les plus souvent utilisés porte sur les recettes : augmentation des cotisations, modifications des bases, utilisation de taux d'appel spécifiques en croissance, etc... Une fois sortis de l'intérêt évident du document sur les plans conceptuel et juridique, la seule voie que propose ce rapport est un alourdissement des prélèvements, même si deux cheminements différents sont proposés.

Nous ferons remarquer que, même le gouvernement actuel, s'est inquiété de l'acquiescement à l'impôt par les citoyens ; et, aussi, que depuis bon nombre d'années, il y a une certaine porosité entre les concepts de cotisations sociales, prélèvements sociaux et contributions diverses. Indépendamment de la qualité et du découpage subtil du document proposé.

Sommes-nous autorisés à nous demander si la marche continue vers « l'universalité de la protection sociale » est compatible avec la prospérité de nos entreprises, pourtant source de l'emploi et de l'activité, sources eux-mêmes des capacités contributives des agents économiques et, donc, d'une grande partie du financement de ladite protection ?

Sommes-nous, aussi, autorisés à faire remarquer que le gouvernement vient de donner un sérieux coup à l'universalité de la politique familiale ?

La multiplication des droits non contributifs, même s'ils partent d'un bon sentiment, sont-ils compatibles avec l'intérêt économique des agents sur qui va porter ce poids ? D'autant que leur nombre pourrait se réduire.

C'est ce qui nous oppose au choix de première voie proposée, sans parler des « innovations juridiques » qu'elle suppose.

Quant à la deuxième voie, elle est basée sur la progressivité de la CSG en plus de celle de l'IRPP et le rapprochement de ces deux prélèvements. En prenant en compte le prélèvement à la source, prévu par le Président de la République. Même si de nombreuses voix s'élèvent pour exprimer leur désaccord, comme notre propre organisation ; comme les syndicats de salariés qui ne veulent pas que les employeurs aient connaissance du revenu fiscal de référence (RFR) des salariés pouvant, sans doute, influencer sur les négociations salariales.

Pour terminer nous déplorerons que les grandes institutions de concertations sociales (COR, HCDS, COE, ...) se placent toujours dans le sens impulsé par tel ou tel ministre. Par exemple, « la mise en place d'un régime unique de prestations en nature de l'assurance maladie...annoncé le 5 juin 2015 par le ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ». Cela peut, certes, aller dans un sens positif, mais les institutions de concertation devraient avoir le courage d'exprimer que cela peut ne pas être le cas.

ANNEXE III.1

AUDITION PAR LE HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

de M. Olivier Dutheillet de Lamothe

Président de section honoraire au Conseil d'Etat

Membre honoraire du Conseil constitutionnel

17 décembre 2014

Dans le cadre de la mission que vous a confiée le Premier ministre par lettre en date du 21 octobre 2014, vous avez souhaité m'entendre sur les conditions dans lesquelles se présente aujourd'hui, sur le plan juridique, la notion de cotisation sociale depuis la décision du Conseil constitutionnel n° 2014-698 DC du 6 août dernier qui a annulé le dispositif de cotisations salariales dégressives assises sur des salaires inférieurs à 1,3 SMIC inscrite dans la LFRSS pour 2014.

- Je précise d'emblée que je m'exprime à titre strictement personnel en tant qu'expert :

J'ai quitté le Conseil constitutionnel, dont j'ai été membre de 2001 à 2010, le 1^{er} mars 2010 ;

J'ai quitté les fonctions de président de la section sociale du Conseil d'Etat le 10 novembre dernier, date à laquelle j'ai été atteint par la limite d'âge ;

Enfin, si j'occupe, depuis le 1^{er} décembre dernier, les fonctions de Responsable de la Doctrine sociale au cabinet Francis Lefebvre, ce n'est évidemment pas en cette qualité que je m'exprime.

- Sous ces réserves, je vais vous présenter mon analyse de la décision du 6 août (1), les risques que comporte, à mes yeux, cette décision (2), avant de tracer quelques pistes d'action pour conjurer ces risques (3).

1. La décision du 6 août 2014 se caractérise par une motivation déconcertante qui cache une logique profonde.

1.1. Une motivation déconcertante :

- Elle est d'abord un peu déconcertante **sur le choix du terrain d'annulation** : il est difficile de savoir si la censure du dispositif est fondée sur la violation du principe d'égalité devant la loi ou d'égalité devant les charges publiques :

- Les deux principes sont invoqués, sur le plan des Cts de principe : Cts10 et 11 ;

- Les deux principes sont applicables aux cotisations sociales :

C'est évident pour le principe d'égalité devant la loi ;

Le Conseil a jugé que le principe d'égalité devant les charges publiques s'applique également aux cotisations sociales qui sont des charges publiques au sens de cet article (Décisions n° 85-200 DC du 16 janvier 1986 ; n° 2010-24 QPC du 6 août 2010 ; n° 2011-180 QPC du 13 octobre 2011).

En l'espèce, le Conseil s'est, me semble-t-il, fondé sur la violation du principe d'égalité devant la loi puisqu'il a pris en compte le motif d'intérêt général invoqué par le Gouvernement :

Selon la formule constante du Conseil, « *Considérant qu'aux termes de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « La loi... doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse » ; que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité **pour des raisons d'intérêt général**, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ; »* (Ct 10 de la décision) alors que la possibilité de déroger pour un motif d'intérêt général n'apparaît pas dans le Ct de principe sur le principe d'égalité devant les charges publiques.

En l'espèce, le Gouvernement invoquait un motif d'intérêt général : selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *la présente mesure du pacte de responsabilité et de solidarité, qui concourt aux mêmes objectifs, vise à introduire une plus grande progressivité des prélèvements sociaux au bénéfice des travailleurs salariés les moins rémunérés. En réduisant l'écart entre le salaire brut figurant dans le contrat de travail et sur la fiche de paye et le*

salaire net effectivement perçu par les salariés au SMIC ou proches du SMIC, elle constitue un encouragement fort au travail ».

Le Conseil a reconnu et admis ce motif d'intérêt général, puisqu'il déclaré, dans le Ct 13 de la décision ; *« Considérant que le législateur a, aux fins d'augmenter le pouvoir d'achat des salariés dont la rémunération est modeste, institué une réduction dégressive des cotisations salariales de sécurité sociale des salariés dont la rémunération « équivalent temps plein » est comprise entre 1 et 1,3 salaire minimum de croissance ».*

- Toutefois, comme on l'a vu, un motif d'intérêt général ne suffit pas à justifier une différence de traitement : encore faut-il que **« la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit »** : par exemple l'extension de la Taxe générale sur les activités polluantes, censée lutter contre les gaz à effet de serre, à l'électricité et notamment aux centrales nucléaires a été censurée par le Conseil car *« les différences de traitement qui résulteraient de application de la loi ne sont pas en rapport avec l'objectif que s'est assigné le législateur »* (Décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000).

Or, ici – et la motivation est aussi sur ce point déconcertante – le Conseil censure le dispositif non pas parce que la différence de situation qui en résulte est sans rapport direct avec l'objet de la loi – le dispositif était parfaitement cohérent avec l'objectif de revaloriser les bas salaires et d'incitation au travail – mais parce qu'il est sans rapport direct avec l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale : selon le Conseil, *« le législateur a institué une différence de traitement, qui ne repose pas sur une différence de situation entre les assurés d'un même régime de sécurité sociale, sans rapport avec l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale ; qu'il résulte de ce qui précède que les dispositions de l'article 1er de la loi déférée, qui méconnaissent le principe d'égalité, doivent être déclarées contraires à la Constitution ; »* (Ct 13).

Selon la brillante formule du Professeur Martin Collet, auteur d'un commentaire très critique de cet arrêt¹⁶⁵, *« en l'espèce, le Conseil vient justifier l'annulation du dispositif non par son incohérence au regard de l'objet que lui avait assigné le législateur mais au regard de l'objet même des cotisations sociales.*

¹⁶⁵ Martin Collet, « Le Conseil constitutionnel et la distinction des impôts et des cotisations sociales », Revue de Droit Fiscal, 2 octobre 2014, p. 553.

Autrement dit, le contrôle ne porte pas ici sur l'objet du texte contesté (la loi adoptée par le Parlement quelques jours auparavant), mais sur l'objet du texte modifié (les articles du code de la sécurité sociale qui devaient être amendés) ».

En réalité, le véritable motif de la censure du dispositif, c'est **la dénaturation de la notion de cotisation sociale**, d'ailleurs invoquée expressément par les requérants.

Selon la définition traditionnelle des cotisations par le Conseil , « les cotisations sociales versées aux régimes obligatoire de sécurité sociale qui résultent de l'affiliation à ces régimes constituent des versements obligatoires de la part des employeurs comme des assurés » et « ces cotisations ouvrent vocation à des droits aux prestations et avantages servis par ces régimes » (Décisions° 93-325 DC du 13 aout 1993, Ct 119 ; n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, Cts 8 et 12).

Le Ct12 rappelle ainsi que : « Considérant que les dispositions contestées portent sur les cotisations sociales d'assurance vieillesse et d'assurance maladie dues par les salariés relevant du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés et par les salariés relevant du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés agricoles ; que **ces cotisations salariales d'assurance vieillesse** à la charge des travailleurs salariés et des travailleurs salariés agricoles sont des versements à caractère obligatoire ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par la branche vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés et par la branche vieillesse du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés agricoles, lesquels sont soumis à un plafond et déterminés en particulier en fonction de la durée de cotisation ainsi que des salaires sur lesquels ont porté ces cotisations ; **que ces cotisations salariales d'assurance maladie** à la charge des travailleurs salariés et des travailleurs salariés agricoles sont des versements à caractère obligatoire ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par la branche maladie du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés et par la branche maladie du régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs salariés agricoles ; »

Le Conseil en déduit, dans le Ct 13, qui est le Ct de censure : « *Considérant que le législateur a, aux fins d'augmenter le pouvoir d'achat des salariés dont la rémunération est modeste, institué une réduction dégressive des cotisations salariales de sécurité sociale des salariés dont la rémunération « équivalent temps plein » est comprise entre 1 et 1,3 salaire minimum de croissance ; que, dans le même temps, il a maintenu inchangés, pour tous les salariés, l'assiette de ces cotisations ainsi que les prestations et avantages auxquels ces cotisations ouvrent droit ; qu'ainsi, un même régime de sécurité sociale continuerait, en application des dispositions contestées, à financer, pour l'ensemble de ses assurés, les mêmes prestations malgré l'absence de versement, par près d'un tiers de ceux-ci, de la totalité des cotisations salariales ouvrant droit aux prestations servies par ce régime ; que, dès lors, le législateur a institué une différence de traitement, qui ne repose pas sur une différence de situation entre les assurés d'un même régime de sécurité sociale, sans rapport avec l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale ; qu'il résulte de ce qui précède que les dispositions de l'article 1er de la loi déférée, qui méconnaissent le principe d'égalité, doivent être déclarées contraires à la Constitution ; »*

En réalité, ce qui se cache derrière cette motivation un peu déconcertante sur le lien nécessaire entre des cotisations proportionnelles au revenu et des prestations, c'est un principe de proportionnalité des cotisations.

1.2. Derrière cette motivation déconcertante, se cache en fait une logique profonde.

Cette logique n'apparaît, en fait, qu'à la lecture du commentaire de la décision qui montre que :

- **D'une part, cette décision est la conséquence logique de la décision du Conseil n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 sur la LFI 2013 sur le millefeuille fiscal :**

« Le Conseil constitutionnel juge pour les impositions de toute nature qu'il convient, pour apprécier le respect du principe d'égalité devant les charges publiques, de prendre en compte l'ensemble de ces impositions portant sur le même revenu et acquittées par le même contribuable ». Seules des impositions de toute nature ont été contrôlées à ce titre. Le Conseil s'est refusé à intégrer dans cette jurisprudence, alors qu'il y était invité par les requérants dans les saisines sur les lois de finances pour 2013 et pour 2014, les cotisations sociales. Celles-ci

ne peuvent, selon le Conseil, être intégrées dès lors que leur objet est de financer des prestations. »

Et le commentaire d'ajouter :

« Au total, tout est lié dans le régime juridique des cotisations sociales, bien distinct de celui des impositions de toute nature. C'est parce que les cotisations sociales ont pour objet d'ouvrir des droits à prestations qu'elles ne peuvent pas prendre en compte les facultés contributives. C'est parce qu'elles ne prennent pas en compte les facultés contributives qu'elles ne sont pas additionnées dans le calcul du caractère confiscatoire d'une addition d'impositions ».

C'est parce que le Conseil a exclu les cotisations sociales en 2012 de l'ensemble des prélèvements obligatoires pris en compte pour apprécier le caractère confiscatoire de l'impôt, en raison de leur caractère proportionnel aux revenus, qu'il a refusé en 2014 toute dégressivité des cotisations sociales.

- **D'autre part, le Conseil a eu la crainte, au vu des travaux préparatoires de la loi, que cette mesure ne soit qu'un premier pas vers une forte progressivité de l'ensemble des cotisations sociales.**

Cette crainte apparaissait très clairement dans le texte de la saisine :

« Cette mesure, si elle est positive en ce qu'elle met en place une amélioration du pouvoir d'achat des revenus modestes en lien avec leur travail, pourrait dénaturer la notion même de cotisations sociales. Il faut souligner, ainsi que le rappelle votre jurisprudence, que l'objet des cotisations sociales est d'ouvrir droit à la couverture sociale, ce qui suppose un lien entre le prélèvement et la prestation qui en constitue la contrepartie.....

Or, en l'espèce, l'article 1^{er} a pour effet d'introduire une logique purement fiscale sur le modèle de l'imposition sur les revenus, ce qui est par principe contraire à la distinction entre les cotisations sociales et les impositions de toutes natures. Les cotisations sociales ne peuvent, par nature, présenter un caractère progressif, sauf à devoir être précisément requalifiées d'impositions de toutes natures au sens de l'article 34 de la Constitution. »

Le commentaire de la décision montre que le Conseil a partagé cette crainte:

« L'existence d'une réduction dégressive (et donc en creux l'application d'un barème progressif aux cotisations) posait une difficulté différente de celle pouvant résulter de l'existence de dispositifs de plafonnement de l'assiette des cotisations.»

La lecture des travaux parlementaires confirme en partie cette crainte, comme le montrent la lecture des passages surlignés de ceux-ci joints au dossier de la décision sur le site du Conseil.

Mr Michel Liebgott a ainsi déclaré le 30 juin 2014 devant l'Assemblée Nationale :

« C'est la raison pour laquelle nous persévérons en réduisant l'imposition des ménages ayant de bas revenus, en prévoyant un allègement et une progressivité des cotisations salariales sur les bas salaires et des sanctions accrues contre l'optimisation fiscale. »

Et Mme Karine Berger, au cours de la même séance :

« Pour la première fois dans un PLFSS, nous sommes donc face à une mesure de soutien du pouvoir d'achat qui prendra effet en janvier 2015. J'ai déposé un amendement pour que nos concitoyens sachent que cette mesure sera pérenne et stable sur toute l'année 2015. »

Il apparaît ainsi qu'en censurant des cotisations salariales dégressives jusqu'à 1,3 SMIC, le Conseil a voulu conjurer le risque de cotisations salariales fortement progressives, qui auraient pour effet de contourner la jurisprudence de 2012 sur l'impôt confiscatoire.

- Il résulte de cette analyse que cette décision ne remet pas en cause la dégressivité des cotisations patronales de sécurité sociale assises sur les revenus compris entre 1 et 1,6 SMIC, dite « allègement Fillon », dont le Conseil constitutionnel a admis expressément la conformité à la Constitution, dans la mesure où « *par la réduction des cotisations à la charge de l'employeur prévue par le paragraphe I de l'article L 241-13 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu favoriser l'emploi en allégeant le coût des charges sociales pesant sur l'employeur* » (Décision n° 2013-300 QPC du 5 avril 2013, Ct 8). En effet, d'une part, les cotisations patronales n'ouvrent droit, pour les employeurs, à aucune prestation. D'autre part, elles ne sont pas susceptibles d'être intégrées dans l'appréciation du seuil maximum d'imposition pesant sur les revenus.

2. Cette décision comporte un double risque.

2.1. Prise à la lettre, cette décision semble traduire une conception purement assurantielle de la sécurité sociale qui serait à la fois inexacte et dangereuse.

Le Ct 13, que je viens de lire et qui considère qu'est inconstitutionnel un dispositif qui rompt le lien entre des cotisations strictement proportionnelles aux revenus et

les prestations auxquelles elles ouvrent droit, semble traduire **une conception purement assurantielle de la sécurité sociale.**

Comme l'a écrit le Professeur Collet dans l'article précité :

« Manifestement, le Conseil entend ainsi rappeler que le système français de sécurité sociale a une nature « contributive » ou « assurantielle », c'est-à-dire qu'il repose sur l'idée que la contribution de chacun est assortie « de la promesse d'une contrepartie individuelle sous forme de prestations, calculée en fonction de l'effort contributif, en cas de réalisation de l'un des risques sociaux pris en charge »(http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/cadrage7_pqe_financement.pdf). Selon la décision du 6 août 2014, c'est bien cette logique assurantielle qui interdirait au législateur de rompre avec la traditionnelle proportionnalité des cotisations (le taux reste identique quel que soit le salaire), pour instaurer une part de progressivité (le taux du prélèvement augmente à mesure que le salaire croît – comme en matière d'impôt sur le revenu). »

Une telle conception purement assurantielle de la sécurité sociale serait inexacte :

- **D'une part, il n'y a jamais eu, depuis l'origine, une stricte proportionnalité entre les cotisations versées et les prestations reçues :**

En 1945, toutes les cotisations sociales étaient plafonnées dans le cadre du compromis historique permettant de préserver le régime de retraite complémentaire des cadres, l'AGIRC : les cotisations sociales étaient donc dégressives par rapport aux revenus

Puis, les cotisations sociales ont été dans certains régimes déplafonnées, ce qui aboutit à leur donner un caractère fortement progressif par rapport aux revenus.

Pour s'en tenir au cas des cotisations « vieillesse » (sur lequel se concentre la décision du 6 août), le mécanisme dit du « déplafonnement » apparaît tout à fait essentiel. Pour le comprendre, rappelons que les parts patronales et salariales des cotisations du régime général de sécurité sociale sont divisées en deux catégories : les cotisations dites « plafonnées », qui frappent la fraction du salaire mensuel inférieure – en 2014 – à 3.129 euros (CSS, art. D. 242-16 et s.), et la fraction « déplafonnée » qui frappe l'intégralité du salaire de tous les salariés touchant plus de 3.129 euros par mois. Or, en pratique, seule la fraction « plafonnée » ouvre droit à prestation. La fraction « déplafonnée » est quant à elle versée en pure perte par

ses cotisants : elle vient seulement contribuer à rétablir l'équilibre des caisses de retraite et constitue ainsi une simple mesure de redistribution.

Rappelons qu'il existe également, pour toute une série d'activités, des cotisations forfaitaires, qui ne sont, par définition, pas proportionnelles aux revenus perçus.

- **D'autre part, avec la généralisation de la sécurité sociale, les régimes maladie et famille sont devenus des régimes universels où l'ouverture des droits est déconnectée du versement des prestations.** Comme l'écrit le Professeur Collet dans l'article précité :

« Le lien que tisse le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 6 août 2014, entre cotisation et droits à prestation n'a guère de sens s'agissant des régimes « maladie » et « famille » – que la décision s'abstient à raison d'évoquer. Rappelons en effet que les prestations servies par ces deux branches, qui représentent tout de même 63,9% de l'ensemble des dépenses du régime général en 2014 (v. LFSS 2014), sont dites « universelles ». Non seulement les prestations offertes aux cotisants ne dépendent pas du niveau de cotisation (tout le monde bénéficie du même niveau de remboursement des soins, par exemple), mais surtout aucune « contrepartie contributive » (CSS, art. L. 861-3) n'est exigée pour bénéficier de ces prestations : le seul statut de « résident » sur le territoire français suffit pour obtenir la prise en charge des frais de soin et de maternité par la couverture maladie universelle (CMU) (dont le Conseil constitutionnel a confirmé la conformité à la Constitution : déc. n°99-416 DC, 23 juill. 1999, cons. 9) comme pour percevoir des allocations familiales dès la naissance du deuxième enfant. »

Avec la démarche de généralisation, on est passé d'une conception assurantielle Bismarckienne de la sécurité sociale – celle que reflète la décision du 4 août – à une conception universaliste et solidaire de celle-ci.

Comme le rappelle l'article L 111-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, **« L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale ».**

Le Conseil constitutionnel a d'ailleurs, dans sa jurisprudence antérieure, pleinement reconnu et admis cette évolution puisqu'il a validé la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en jugeant dans sa décision n° 99-4416 DC du 23 juillet 1999 que :

« le législateur s'est fixé pour objectif, selon les termes de l'article L. 380-1 précité, d'offrir une couverture de base aux personnes n'ayant " droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité " ; que le principe d'égalité ne saurait imposer au législateur, lorsqu'il s'efforce, comme en l'espèce, de réduire les disparités de traitement en matière de protection sociale, de remédier concomitamment à l'ensemble des disparités existantes ; que la différence de traitement dénoncée par les requérants entre les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle et les personnes qui, déjà assujetties à un régime d'assurance maladie, restent obligées, à revenu équivalent, de verser des cotisations, est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes, que la loi déferée ne remet pas en cause ».

2.2. Combinée avec la décision de 2000 sur la CSG, la décision du 6 août prive le Gouvernement de toute marge de manoeuvre pour financer la protection sociale.

Au-delà de l'analyse juridique, cette décision enferme le Gouvernement, quel qu'il soit, dans une impasse:

- en 2000 le Conseil a interdit toute dégressivité de la CSG parce que c'est une imposition (Décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000);
- en 2014, le Conseil interdit toute dégressivité des cotisations salariales parce que ce sont des cotisations sociales.

Cette double jurisprudence réduit, à mes yeux, de façon excessive la marge de manoeuvre du législateur face au défi très difficile du financement de la protection sociale et au problème majeur de l'incitation au travail, contraignant le gouvernement à utiliser exclusivement l'outil fiscal souvent mal adapté

- Ainsi, à la suite de la censure de 2000, le Gouvernement a instauré **la Prime Pour l'Emploi (PPE)** qui a coûté des milliards et dont tous les spécialistes de l'emploi sont d'accord pour dire qu'elle a été inefficace : qui a jamais cru qu'un crédit d'impôt, perçu avec un an de décalage, pouvait être une incitation efficace à l'emploi ? C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Gouvernement vient de prendre la décision de la supprimer.

- A la suite de la censure de cet été, le Gouvernement a pris la décision de supprimer **la première tranche de l'impôt sur le revenu**, faisant ainsi passer le nombre de contribuables assujettis à cet impôt de 48,5 % en 2014 à 46 %, ce qui représente un peu moins de 17 millions de foyers imposables sur environ 36,5 millions – mesure qui paraît également très contestable au regard de la situation de nos finances publiques et du consentement à l'impôt de notre société.

De ce point de vue, cette jurisprudence n'est pas conforme à la jurisprudence traditionnelle du Conseil constitutionnel. Si celui-ci a toujours conjuré, jusqu'ici, le spectre du Gouvernement des juges, c'est par ce qu'il juge de façon constante qu'il *« ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement ; il ne lui appartient donc pas de rechercher si l'objectif que s'est assigné le législateur pouvait être atteint par d'autres voies, dès lors que les modalités retenues par la loi ne sont pas manifestement inappropriées à cet objectif »* (décision n° 2001 - 444 DC du 9 mai 2001). Compte tenu de l'impasse dans laquelle les décisions de 2000 et de 2014 enferment le Gouvernement, force est de constater que cette jurisprudence traditionnelle et sage ne joue pas en matière de financement de la protection sociale.

Face à ces risques que faire ?

3. Deux pistes d'action me paraissent devoir être explorées pour conjurer ces risques.

3.1. Le Conseil constitutionnel pourrait, à l'occasion d'une prochaine décision, rappeler que la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale.

Il l'a fait dans le passé, comme le montre la décision de 1999 sur la CMU.

Il peut le faire dans la mesure où la décision du 6 août n'a pas franchi le Rubicon : elle n'a pas consacré un principe constitutionnel de proportionnalité des cotisations sociales aux revenus, qui aurait été dépourvu de tout fondement textuel et contraire à toute l'histoire de la sécurité sociale.

De ce point de vue, la rédaction quelque peu déconcertante que j'ai analysée est une chance dans la mesure où elle préserve l'avenir.

A cet égard, les partenaires sociaux ont un rôle important à jouer.

Le Conseil constitutionnel est très attentif à leur position. Pour prendre un exemple tiré de mon expérience personnelle, lors de l'examen de la loi de 2008 sur la démocratie sociale et le temps de travail, le Président Debré avait pris l'initiative d'auditionner l'ensemble des partenaires sociaux pour que le Conseil statue sur cette loi importante en toute connaissance de cause.

Dans la mesure où les partenaires sociaux sont représentés au sein de votre Conseil, **je pense que votre rapport pourrait être l'occasion de rappeler leur attachement au programme du CNR, au Préambule de 1946 et à la solidarité nationale comme fondement de notre sécurité sociale et d'appeler l'attention du Conseil constitutionnel sur ce point.**

3.2. Redonner des marges de manœuvre au Gouvernement.

Le fondement de la décision du Conseil constitutionnel est juste et ne peut pas être contesté : il y a bien lieu de reconnaître et de conserver une distinction fondamentale entre :

- **L'impôt**, qui n'est pas affecté, qui alimente le budget de l'Etat et qui doit être fondé sur une juste évaluation des capacités contributives de chacun, compte tenu de l'ensemble de ses revenus et de ses charges de famille (d'où la décision de 2000 sur la CSG) ;
- **Les cotisations sociales**, qui ouvrent droit à des prestations et qui sont en principe proportionnelles aux revenus.

Cette différence fondamentale se traduit notamment par une différence en termes de compétence :

- Le législateur doit fixer les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature ;
- En revanche, il ne fixe que les principes fondamentaux de la sécurité sociale, ce qui explique que le taux des cotisations relève du pouvoir réglementaire.

Cette différence fondamentale n'a pas été remise en cause par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE). Si la CJUE a jugé que la CSG, destinée à financer la sécurité sociale, devait être regardée comme une cotisation sociale, c'est au sens du Règlement communautaire relatif à la coordination des régimes de sécurité sociale, notamment pour les travailleurs frontaliers. C'est la raison pour laquelle la Cour de cassation, après s'être séparée, dans un premier temps, du Conseil d'Etat et avoir jugé que la CSG était une cotisation sociale, est revenue récemment sur cette jurisprudence et estime aujourd'hui, comme le

Conseil constitutionnel et le Conseil d'Etat, que la CSG est une imposition de toute nature.

Le problème posé par la décision du 6 août est la transformation de ces définitions incontestables et de ces règles de compétence en règles de fond :

Comme le disait le Gouvernement, dans son mémoire en défense devant le Conseil,

*« La mise en place d'une certaine progressivité au sein d'un même régime apparaît finalement comme une mise en oeuvre du principe de solidarité entre l'ensemble des membres affiliés à ce régime **sans que cette forme de solidarité remette en cause la nature de la cotisation dès lors qu'est maintenue l'existence d'un lien suffisant entre la cotisation acquittée et le bénéfice des droits qui résultent de l'affiliation à ce régime.** »*

Le Conseil d'Etat a d'ailleurs expressément admis une certaine progressivité des cotisations sociales dans un arrêt UPA du 17 mars 1999 (n° 194 491 et 194545):

« Considérant que l'article 3 du décret attaqué a fixé les nouveaux taux de cotisations d'assurance maladie de telle sorte que leur remplacement partiel par la contribution sociale généralisée soit favorable en priorité aux titulaires de faibles revenus ; qu'à cet effet, la diminution des cotisations d'assurance maladie a été fixée à 5,5 points sous plafond et à 3,7 points entre une et cinq fois le plafond ; qu'en procédant de la sorte, le pouvoir réglementaire n'a pas, eu égard à l'objectif de solidarité mis en œuvre par un régime obligatoire de sécurité sociale, porté une atteinte illégale à l'égalité entre les membres d'une même catégorie socioprofessionnelle ; »

Afin de redonner une marge de manœuvre au Gouvernement tout en s'inscrivant dans les limites tracées par le Conseil constitutionnel, qui a clairement exclu une progressivité massive ou généralisée des cotisations sociales, **une loi organique, prise sur le fondement de l'article 34 de la Constitution** aux termes duquel : *« Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. »*, pourrait préciser les règles de financement de la sécurité sociale. Le Conseil constitutionnel a, en effet, donné une interprétation large de l'habilitation de l'article 34 en estimant que la loi de financement de la sécurité sociale pouvait inclure des règles de fond telles que la possibilité de créer ou

modifier, sans compensation, des mesures de réduction, d'abattement ou d'exonération relatives à des cotisations ou à des contributions affectées à la sécurité sociale (Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005).

Deux schémas pourraient, quant au contenu de cette loi organique, être envisagés :

- **Soit un schéma tous régimes confondus** dans lequel la loi organique pourrait préciser :
 - **La définition des cotisations sociales** soit en reprenant la définition donnée par le Conseil constitutionnel - *les cotisations sociales versées aux régimes obligatoire de sécurité sociale qui résultent de l'affiliation à ces régimes constituent des versements obligatoires de la part des employeurs comme des assurés qui ouvrent vocation à des droits aux prestations et avantages servis par ces régimes* –, soit en tenant compte du caractère universel de certains régimes (maladie et famille) : *les cotisations sociales versées aux régimes obligatoires de la part des employeurs comme des assurés en contrepartie de l'affiliation à ces régimes qui ouvre vocation aux prestations et avantages servis par eux.*
 - **Le principe selon lequel ces cotisations sont, en principe, proportionnelles aux revenus ;**
 - La possibilité de prévoir des plafonds ;
 - La possibilité de prévoir des cotisations forfaitaires dans certains cas ;
 - **Enfin la possibilité de prévoir une certaine modulation des cotisations** dans les deux sens (dégressivité et progressivité) à l'intérieur d'une fourchette limitative expressément définie par la loi organique pour répondre aux exigences du Conseil constitutionnel.
- **Soit un schéma reprenant la distinction chère aux partenaires sociaux, notamment au MEDEF et à la CFDT, entre :**
 - **Les régimes qui reposent encore sur une approche assurantielle**, l'assurance-vieillesse et le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui ont vocation à être financés par des cotisations sociales ;
 - **Les régimes à caractère universel** où l'ouverture des droits n'est pas subordonnée au versement de cotisations et qui ont vocation à être financés par l'impôt, l'assurance maladie et la branche famille.

Une telle loi organique, qui permettrait de préciser les bases du financement de la sécurité sociale, à l'intérieur des limites fixées par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, serait automatiquement soumise au contrôle du Conseil constitutionnel en application de l'article 61 de la Constitution.

Dès lors de deux choses l'une :

- Ou bien le Conseil l'admet et le Gouvernement retrouve, à l'intérieur du cadre constitutionnel actuel, une certaine marge de manœuvre ;
- Ou bien il la censure et il appartiendrait alors au Gouvernement d'examiner si une révision constitutionnelle paraît nécessaire et possible.

Chapitre IV

L'architecture financière des régimes de protection sociale

Parmi les différents sujets dont le Premier ministre a saisi le Haut Conseil, la lettre du 21 octobre 2014 évoque « l'architecture et la gouvernance financière d'ensemble des différents risques de la protection sociale », et s'agissant plus particulièrement de la sécurité sociale, « l'architecture financière des différents risques avec l'étude de diverses hypothèses allant de la simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes à celles-ci, jusqu'à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature ».

Ce thème rejoint la triple problématique qui traverse l'ensemble des chapitres de ce rapport du Haut Conseil : l'amélioration de la lisibilité du financement de la protection sociale, les simplifications qui peuvent en découler en termes de relations avec les entreprises et les assurés et la réduction des coûts de gestion qui peut y être associée.

Il a fait l'objet de deux séances de travail du Haut Conseil les 14 janvier et 24 juin 2015, ainsi que d'une audition du directeur de la sécurité sociale.

Le présent chapitre, dont la rédaction s'est très largement appuyée sur la contribution de M. Philippe Laffon, Inspecteur général des affaires sociales, propose d'abord une approche d'ensemble des sujets liés aux relations et transferts financiers entre régimes de protection sociale d'une part et entre les régimes et l'Etat d'autre part (I). Suite à la lettre de saisine du Premier ministre et aux points mis en exergue par les premières discussions du Haut Conseil, deux parties spécifiques sont ensuite consacrées aux relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse, et notamment aux mécanismes de compensation démographique (II) et à l'architecture financière des régimes d'assurance maladie, dans un contexte où la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a annoncé au mois de mai dernier le lancement d'une « réflexion qui pourrait déboucher, à terme, sur un régime maladie universel » (III).

I. Présentation d'ensemble des relations financières entre les régimes de protection sociale

Ce premier développement présente de façon stylisée l'ensemble des relations financières existant entre les régimes, de base et complémentaires, obligatoires et facultatifs, dans l'ensemble du champ de la protection sociale, en consacrant des développements plus détaillés aux transferts entre régimes de sécurité sociale et fonds de financement entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Dans une définition restreinte, le périmètre des transferts peut être cantonné à trois domaines :

- les transferts entre régimes, et avec les organismes concourant à leur financement (mécanismes d'adossment ou d'intégration de certains régimes, concours du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), transferts entre branche famille et branche retraite...);
- les dispositifs de compensation démographique (compensation généralisée vieillesse et compensations bilatérales maladie);

- les subventions d'équilibre versées par l'État à certains régimes dans le cadre des lois de finances.

Dans une acception plus large, l'affectation de recettes fiscales peut être prise en compte dans l'analyse de ces transferts, soit qu'elle intervienne en compensation d'exonérations ou réductions de cotisations de sécurité sociale, soit qu'elle permette de prendre en charge des dépenses dites « de solidarité », soit enfin qu'elle constitue un outil important d'équilibre des régimes affectataires.

En effet, les transferts financiers ont trois objectifs fondamentaux mais qu'il convient de distinguer :

- d'une part, assurer l'équilibre financier de régimes confrontés à des déséquilibres entre cotisations et prestations ;
- d'autre part, assurer une solidarité entre régimes confrontés à des situations démographiques ou économiques divergentes (c'est notamment l'objet de la compensation) ;
- enfin, assurer la répartition, sous une forme mutualisée, du financement de dépenses d'intérêt commun aux régimes ou relevant des collectivités territoriales.

Ces transferts touchent de façon variable les collectivités, les branches de la sécurité sociale et les régimes de protection sociale complémentaire. Ce dernier objectif a donné lieu à la constitution de différents « fonds » permettant d'identifier ces dépenses et par lesquelles transite une part significative des transferts.

Seront ici présentés les principaux éléments chiffrés du débat et quelques orientations générales. Ce point est complété par deux annexes relatives à l'état des lieux des transferts financiers (annexe IV.1) et les missions et circuits associés aux fonds de financement de la protection sociale (annexe IV.2). Par ailleurs, la description précise des transferts liés à la compensation vieillesse et aux relations financières entre les régimes d'assurance maladie figure dans les deuxième et troisième parties du présent chapitre.

I.1. Les relations financières entre organismes concourant à la protection sociale : le rôle des contributions et des transferts

Les relations financières liant l'État, les collectivités territoriales, les régimes de protection sociale de base et complémentaires obligatoires et les organismes concourant à leur financement relèvent de plusieurs logiques et mobilisent des instruments divers.

I.1.1. Dans l'ensemble du champ de la protection sociale : une distinction entre contributions publiques et transferts

Outre les cotisations sociales et les impôts et taxes affectés qui sont des ressources propres des régimes de protection sociale, ces derniers bénéficient en effet de deux autres catégories de recettes :

- les **contributions publiques** constituent un apport net de ressources à la protection sociale : selon les comptes de la protection sociale établis annuellement par la DREES, le système de protection sociale a bénéficié en 2013 d'environ 69 Md€ de contributions publiques versées par les administrations publiques centrales et locales (cf. Tableau 1) ;

- à l'inverse, les **transferts** entre les différentes catégories de régimes de protection sociale ont un impact nul sur la situation financière de la protection sociale dans son ensemble, car ils sont appréhendés de sorte qu'un versement d'un régime ait pour contrepartie exacte une ressource d'un autre régime, entraînant un bilan global exactement équilibré ; selon les comptes de la protection sociale, les régimes de protection sociale ont versé et reçu au total 213 Md€ en 2013 (cf. Tableau 1) ; naturellement, ces transferts versés et reçus ont des impacts différenciés selon les régimes – négatif pour les régimes d'assurances sociales, positif sur les régimes des institutions sans but lucratif au service des ménages et sur les régimes d'intervention sociale des hôpitaux publics (cf. *infra*) ; ces montants sont tout-à-fait significatifs si on les rapporte à la totalité des ressources de la protection sociale, qui se sont élevées à 921 Md€ en 2013.

Tableau 1 : Contributions publiques et transferts entre régimes de protection sociale en 2013 (M€)

	Contributions publiques	Transferts versés	Transferts reçus
Ensemble des régimes de protection sociale	68 836	213 377	213 377
Régimes d'assurances sociales	18 615	200 016	119 857
Régimes de sécurité sociale	16 831	194 769	116 441
Régime général	2 599	105 248	45 815
Autres régimes de salariés et fonds	13 460	62 870	41 875
Régimes de non salariés	327	14 765	8 335
Régimes complémentaires	445	11 887	20 416
Régimes d'indemnisation du chômage	1 784	5 247	3 416
Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	0	0	0
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	0	0	0
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	50 221	13 306	9 595
Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	0	0	21 800
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	0	55	62 126

Source : Drees, Comptes de la protection sociale.

Les contours de ces deux montants sont précisés dans l'annexe IV.1 au présent chapitre. S'agissant tout d'abord des contributions publiques, on retiendra que le montant de 68,8 Md€ correspond :

- d'une part à la prise en charge directe de prestations par ces administrations ou du versement de transferts à des établissements (50,2 Md€) ;
- d'autre part à des versements aux régimes de protection sociale au titre de la compensation des exonérations spécifiques de cotisations sociales, de la contribution de certains établissements publics (La Poste, France Telecom), du financement des retraites des fonctionnaires de l'État, de subventions d'équilibres à certains régimes spéciaux de salariés (mineurs, marins, agents de la SNCF et de la RATP, etc.), et de subventions de fonctionnement (18,6 Md€).

S'agissant des transferts entre régimes de protection sociale, il convient d'observer que leur montant total peut dépendre du degré de consolidation des régimes pris en considération, ainsi que de certaines conventions comptables. Ainsi, les comptes de la protection sociale considèrent-ils que les prestations et services au titre de l'hospitalisation publique et des soins et de l'hébergement en établissements et services pour personnes handicapées et âgées sont délivrés aux ménages par ces hôpitaux, établissements et services, et que leur financement est assuré au moyen de transferts des régimes de protection sociale et de fonds de financement comme la CNSA (au titre des risques maladie, invalidité, vieillesse, essentiellement). Les transferts qui en découlent, apparaissent dans le Tableau 1 en ressources des régimes d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages et des hôpitaux publics, pour un montant total d'environ 84 Md€, sont en réalité un jeu d'écritures comptables entre les hôpitaux, établissements et services et les régimes de sécurité sociale et les fonds concourant à leur financement.

Une fois isolées ces opérations particulières, il reste un montant de 129 Md€ environ, qui correspond véritablement à des transferts à somme globalement nulle entre régimes de protection sociale, dont 96,0 Md€ en faveur des régimes de base de sécurité sociale, 3,4 Md€ en faveur des régimes d'indemnisation du chômage, 20,4 Md€ en faveur des régimes complémentaires, et 9,6 Md€ au bénéfice des administrations publiques centrales et locales.

1.1.2. Dans le champ de la sécurité sociale

1.1.2.1. Les branches maladie et vieillesse principalement concernées par des mécanismes de transferts

Concernant la sécurité sociale, la **branche famille** constitue un cas spécifique en raison de la consolidation de ses comptes effectuée au sein de la CNAF, de l'universalité de sa couverture et de l'harmonisation de ses prestations¹⁶⁶. Si la problématique des transferts entre régimes lui est donc largement étrangère, elle est concernée par des transferts au profit des autres branches (13,6 Md€ en 2013) en raison de la prise en charge des majorations de pensions pour enfants, du congé de paternité et des cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)¹⁶⁷.

Il en va de même pour la **branche AT-MP** qui est, à titre principal, concernée par la contribution versée à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (environ 800 M€).

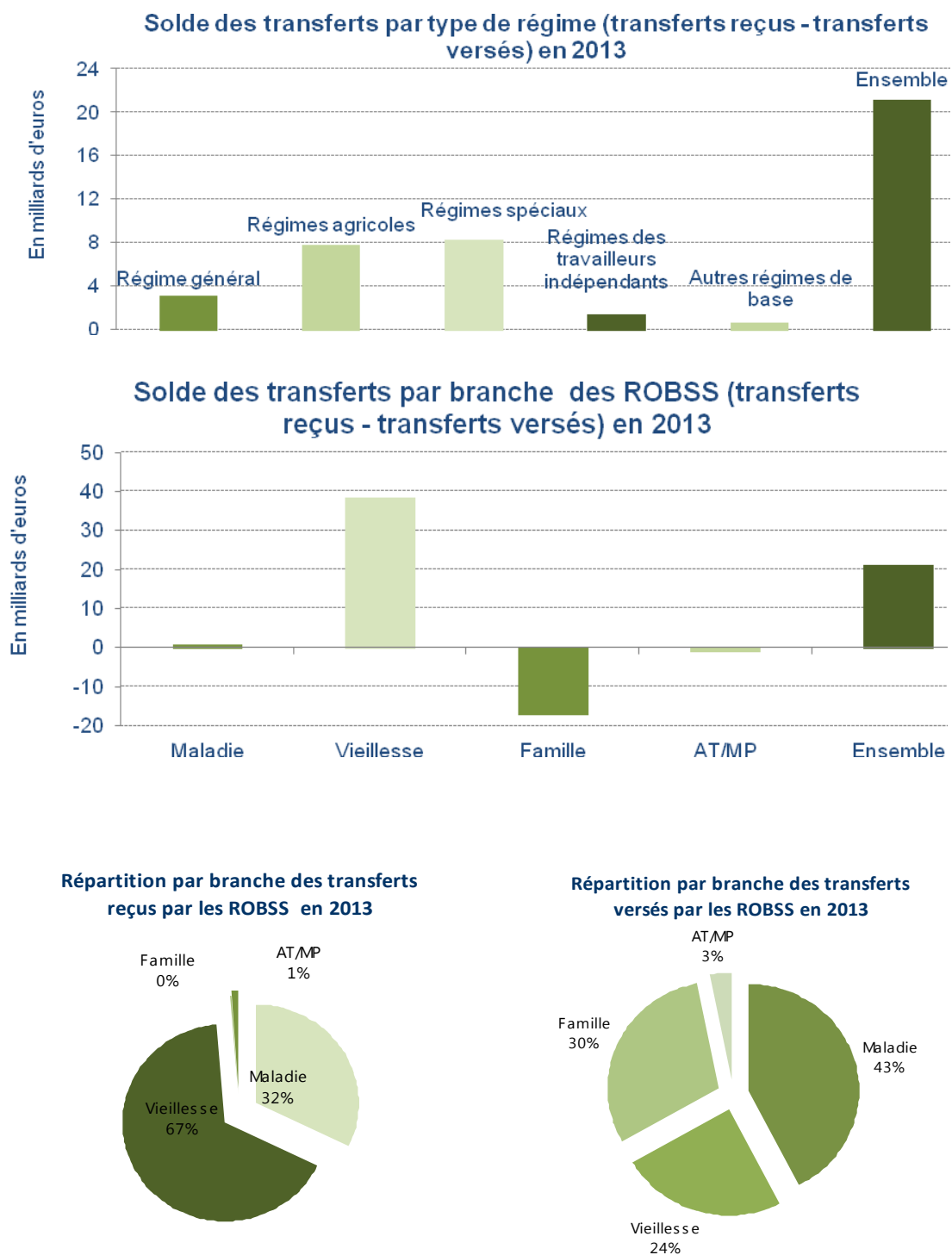
A l'inverse, la **branche maladie** connaît de multiples intégrations financières et enregistre encore des compensations démographiques bilatérales, en dépit de l'harmonisation intervenue en matière de prestations en nature (cf. troisième partie du présent chapitre).

La **branche vieillesse** reste la principale concernée par les transferts, parce que les trois principaux leviers y sont à l'œuvre : transferts avec le FSV ou la CNAF pour le financement des dépenses « de solidarité », mécanisme de compensation généralisée, importance des subventions d'équilibre versées par l'État à certains régimes. La nature même des prestations (de nature contributive) comme de l'organisation du système (sur une base professionnelle, avec des prestations non harmonisées) justifie cette situation.

¹⁶⁶ A compter de 2014, les charges de prestations extralégales et de gestion administrative des régimes agricoles, ainsi que les cotisations qui les financent sont intégrées au compte de la CNAF, achevant d'intégrer la branche famille de la MSA. Il est à noter que la SNCF, les IEG et la RATP disposent d'une délégation de gestion leur permettant d'assurer directement une partie du service des prestations familiales à leur personnel, tout en étant intégrés par un jeu de compensation au système financier de la CNAF (la délégation de ce type dont bénéficiaient les administrations de l'État a été supprimée en 2005).

¹⁶⁷ En outre, elle reçoit les cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par l'assurance maladie (0,3 Md€).

**Graphique 1 : Transferts par branches et régimes
dans le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**



Source : CCSS, septembre 2014

1.1.2.2. Des mécanismes financiers divers, depuis les dispositifs d'équilibrage jusqu'aux compensations et au partage de charges financières

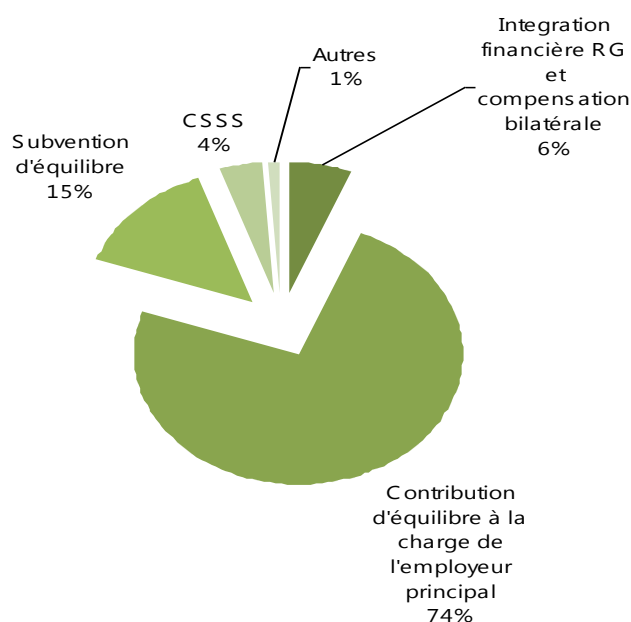
Les mécanismes d'équilibrage ou de transferts sont variables d'un régime à l'autre, et même différents au sein d'un même régime selon le risque couvert. Si le régime général ne dispose pas de mécanismes d'équilibrage, il est naturellement le pivot de nombreux transferts.

i) Les mécanismes d'équilibrage de certains régimes de sécurité sociale

Hormis le régime général et quelques rares autres régimes (branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, CNRACL et CNAVPL notamment¹⁶⁸), la plupart des régimes sont équilibrés par des dispositifs reposant sur des sources de financement extérieures. C'est notamment le cas des régimes agricoles (hors branche vieillesse du régime des exploitants) et des régimes des commerçants et des artisans, désormais intégrés financièrement au régime général. Les spécificités des régimes spéciaux (équilibrés par des cotisations fictives ou des subventions de l'État) sont également à souligner, de même que les transferts qui existent entre organismes de base et organismes d'assurance chômage ou organismes complémentaires de retraite.

Graphique 2 : Les différents mécanismes d'équilibrage des régimes de sécurité sociale

**Répartition des mécanismes d'équilibrage par type
en 2013**



Source : CCSS, septembre 2014

¹⁶⁸ Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

- Les mécanismes d'intégration financière et d'adossement

Il y a **intégration** de deux régimes lorsqu'un régime compense les déficits de l'autre, ce qui revient en pratique à verser une dotation d'équilibre, les publics restant cependant gérés par des organismes distincts.

Le phénomène n'a rien d'inédit. Ainsi, ont été précocement intégrés au régime général le régime des salariés agricoles (depuis 1963) et la branche des accidents du travail du régime minier (depuis 1964). Aujourd'hui, le régime général assure l'équilibre de multiples régimes financièrement intégrés, c'est-à-dire qu'il prend à sa charge le déficit de ces régimes ou bénéficie, le cas échéant, de leurs excédents. Cette dynamique se poursuit. La chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) et le fonds spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires ont été intégrés au régime général par la LFSS pour 2013, et la LFSS rectificative pour 2014 organise l'intégration du régime social des indépendants RSI en maladie et vieillesse (cf. encadré n°1). Enfin, depuis 1984, et l'absorption de la branche famille des exploitants agricoles, les comptes de CNAF retracent l'intégralité des dépenses de la branche famille.

Encadré n°1 : La réforme du financement du RSI

Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement s'est engagé dans une démarche d'allègement des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises. Il a, à ce titre, décidé d'alléger dès 2015 la C3S due par toutes les entreprises redevables et d'en exonérer immédiatement les très petites entreprises (TPE) et les petites entreprises (PE) dont le chiffre d'affaires est le moins élevé. La C3S sera définitivement supprimée pour tous les redevables en 2017.

La C3S était affectée au régime social des indépendants (RSI) pour en assurer l'équilibre¹⁶⁹ et finançait également le régime maladie des non salariés agricoles (CCMSA). Enfin, le reliquat de la C3S était affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Dès lors que le RSI se voyait privé à terme de sa recette « historique » qui assurait son équilibre financier, il était indispensable de garantir sa pérennité financière. Les pouvoirs publics ont donc prévu que les branches maladie et vieillesse de base du régime social des indépendants seraient intégrées aux branches maladie et vieillesse du régime général sur un plan strictement financier, ce qui permettra d'en garantir l'équilibre. La loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014 a donc modifié l'affectation de la C3S, en prévoyant la répartition de la C3S entre la CNAMTS, la CNAV, le FSV et la branche maladie du régime des exploitants agricoles.

En application des principes classiques en matière d'intégration financière, seront retracés dans les comptes de la CNAMTS et de la CNAVTS, qui en assureront l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits des branches maladie et vieillesse du régime social des indépendants.

L'article L. 611-19 du code de la sécurité sociale prévoit que la gestion centralisée de la trésorerie à partir d'un compte financier unique ne concernera que les flux financiers afférents au régime de base obligatoire de sécurité sociale¹⁷⁰. La gestion centralisée de la trésorerie du RSI sera effectuée dans le cadre d'une convention bilatérale conclue entre la Caisse nationale du RSI et l'ACOSS. Celle-ci devrait fixer les modalités de versement de la dotation d'équilibre ainsi que les modalités d'échanges d'informations entre l'ACOSS et la Caisse nationale du RSI pour la couverture des besoins de trésorerie de cette dernière.

¹⁶⁹ Aux termes de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale dans son ancienne rédaction, le produit de la C3S, après affectation de la fraction de 30,89 % au régime agricole, est affecté au RSI « *au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime* ».

¹⁷⁰ Il ne concernera donc ni le régime complémentaire d'assurance vieillesse des artisans et commerçants ni le régime maladie de prestations en espèces.

(suite encadré 1)

En effet, le RSI ne fait pas partie des régimes autorisés à recourir à l'emprunt pour couvrir ses besoins de trésorerie, et l'intégration financière du RSI au régime général ne modifiera donc pas cette situation. Concrètement, le déficit prévisionnel de chacune des branches du RSI devrait faire l'objet d'une estimation à la fin de l'exercice précédent, cette estimation devant servir de base à la définition du montant prévisionnel de la dotation d'équilibre. Le versement de cette dernière, lissé tout au long de l'exercice, permettra au RSI de disposer de la trésorerie suffisante pour honorer le versement des prestations dues à ses affiliés. Les acomptes ont vocation à être calibrés de telle manière qu'aucun recours à l'emprunt bancaire ne soit nécessaire.

Sera conservé le principe de l'autonomie de gestion du RSI sur les branches et les régimes complémentaires qui le composent, à l'instar de ce qui existe aujourd'hui pour la mutualité sociale agricole, malgré l'intégration financière du régime des salariés agricoles et de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au régime général.

La principale question à résoudre au cours de l'année 2015 concerne la détermination de la ou des recettes appelées à se substituer à la C3S (caractéristiques, dynamique de rendement) et dont les branches maladie et retraite ainsi que le FSV devraient a priori être rendues affectataires, sauf à imaginer qu'un schéma plus global de réforme du financement de ces acteurs soit envisagé.

Ces intégrations financières représentent en 2013 un volume de 2 Md€, montant qui va fortement croître avec la réforme du financement du RSI (de l'ordre de 2,5 Md€ en 2016).

Il convient également de prendre en compte un autre dispositif de transferts, de nature proche, entre régimes de base : l'adossement. Il s'agit d'abord de l'adossement de la branche vieillesse des IEG (3 Md€)¹⁷¹. Cette technique permet de sortir les engagements de retraite du bilan des entreprises publiques concernées, la CNAV, l'AGIRC et l'ARRCO assurant alors le service des prestations de base et complémentaires, en contrepartie de cotisations employeur et salariés de droit commun et de l'acquittement de droits d'entrée (soulte). L'adossement permet l'harmonisation des retraites de base au régime de droit commun (régime général et régimes complémentaires) tout en conservant des avantages plus généreux qui restent à la charge des entreprises. Dans ce cadre, le régime spécial continue de subsister, dans le respect de la neutralité financière pour le régime d'accueil et de ses assurés.

- Les subventions d'équilibre de l'État et les contributions versées par les employeurs dans certains régimes spéciaux

De nombreux régimes spéciaux bénéficient d'une subvention versée par l'État qui équilibre leurs comptes. Ces subventions d'équilibre de l'État représentent 7,7 Md€ en 2013, soit 15% des flux financiers d'équilibrage, et sont votées par le Parlement dans le cadre de la loi de finances initiale sur des bases prévisionnelles. Les principaux régimes de base bénéficiaires de ces subventions étaient par ordre décroissant la SNCF, la CANSSM (mines), le FSPOEIE (régime des ouvriers de l'État), l'ENIM (régime des marins) et la RATP. Ces cinq régimes percevaient à eux seuls près de 98% du montant total des subventions d'équilibre versées. Les subventions d'équilibre financent essentiellement les branches vieillesse, à l'exception d'une fraction marginale qui finance la branche des accidents du travail de la RATOCEN¹⁷².

¹⁷¹ Reversement de cotisations des IEG vers la CNAV (1Md €), soulte de 0,3 Md€ et transfert de prestations de la CNAV vers les IEG (1,6 Md€).

¹⁷² Fonds qui assure le rôle de payeur pour le compte du ministère de la Défense des rentes d'accidents du travail et maladie professionnelles attribuées par le service des pensions des armées aux ouvriers civils des établissements militaires.

En outre, et sans qu'il s'agisse au sens strict de transferts financiers, la plupart des régimes d'employeurs (fonctionnaires, Banque de France, branches maladie et AT-MP de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières) équilibrent leurs comptes par des contributions à la charge de l'employeur principal (représentant la contribution directe de l'employeur au financement du régime). En 2013, ces contributions s'élevaient à 39,2 Md€.

ii) Les transferts de compensation : une visée de « solidarité démographique » entre les régimes

La logique des compensations est différente de celle des outils d'équilibrage : les compensations visent à corriger les disparités de situations et d'évolutions de la situation démographique des régimes. Elles s'appliquent logiquement de manière privilégiée à la branche vieillesse (7,8 Md€), au profit des régimes mis en difficulté par la diminution du nombre de cotisants actifs alors que leurs charges s'accroissent, mais également à la branche maladie (1,5 Md€)¹⁷³. La compensation maladie conduit ainsi à équilibrer les régimes des mines et de la SNCF – tandis qu'*a contrario* les régimes de la RATP et de la CRPCEN (employés et clerks de notaire) reversent à la CNAMTS en raison d'une situation sociodémographique favorable.

Les mécanismes de compensation sont présentés de manière plus approfondie dans les deuxième et troisième parties du présent chapitre.

iii) L'affectation de recettes fiscales : des objectifs qui méritent d'être différenciés

L'affectation de recettes fiscales spécifiques a trois objets distincts.

Elle concerne traditionnellement les régimes des indépendants (hors professions libérales). Le régime des exploitants agricoles a ainsi été financé depuis l'origine pour plus d'un tiers de ses ressources par des taxes affectées, dont une fraction de TVA jusqu'en 2004. Les trois branches du RSI (maladie, retraites des commerçants et retraites des artisans) étaient jusqu'en 2014 équilibrées, par la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ; à compter de 2015, ces régimes seront intégrés financièrement au régime général (cf. Encadré n°1).

En outre, l'affectation de recettes fiscales permet de compenser des exonérations ou réductions de cotisation. Le coût de l'ensemble des mesures d'exonération de cotisations et contributions de sécurité sociale, qu'elles soient compensées ou non, a atteint 27,8 Md€ en 2013. Au sein de ces dépenses, si les exonérations ciblées sur certains publics, certains territoires ou encore certains secteurs d'activité sont compensées par dotation budgétaire (3,2 Md€ en 2013)¹⁷⁴, les exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires en 2013 et 2014 et déductions forfaitaires pour les services à la personne de 2013 à 2015 sont compensées par une affectation de TVA « nette » et la compensation des allègements généraux (20,7Md€) a fait l'objet d'une réforme plus globale dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité (transformation de la réduction en un dispositif pérenne d'exonération de la totalité des cotisations recouvrées par les URSSAF au niveau du SMIC).

¹⁷³ Une compensation particulière et de nature distincte intervient en matière d'AT-MP au profit des régimes des salariés agricoles et des mines.

¹⁷⁴ Les mesures d'exonération non compensées ont représenté 3,2 Md€ en 2013.

Enfin elle permet de financer des dépenses dites « de solidarité », notamment dans le cadre des fonds concourant au financement de la protection sociale (affectation historique des prélèvements sur les revenus de placement et de patrimoine au FSV, désormais et transitoirement remplacée par la C3S, le forfait social, une part de la taxe sur les salaires ; taxe additionnelle aux cotisations d'assurance dues par les organismes complémentaires d'assurance maladie au profit du fonds CMU) ou de doter des organismes concourant au financement des dépenses de protection sociale de recettes adaptées (affectation de la recette « jour férié », d'une part de CSG et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) à la CNSA)¹⁷⁵.

iv) Le financement de dépenses spécifiquement identifiées ou mutualisées, souvent par l'intermédiaire de fonds de financement

L'identification et la répartition de financements spécifiques visent à isoler ou à partager des dépenses relevant des régimes, à des fins de lisibilité et de suivi des politiques publiques menées, et/ou à en partager leur financement entre plusieurs acteurs ou organismes. Cette isolation se fait parfois au moyen de transferts bilatéraux entre branches, et souvent par l'intermédiaire de fonds spécifiques dont la constitution engendre par nature des transferts entre organismes. Les logiques sont en réalité diverses et ont pu être fluctuantes au cours du temps : la recherche de recettes complémentaires, et notamment fiscales, a pu, tout autant que la volonté de rendre plus lisibles les sources de financement et d'améliorer l'adéquation entre la nature des recettes et la nature des dépenses, justifier la création de fonds de financement.

D'une part, la volonté de mieux identifier les dépenses contributives et les dépenses dites « de solidarité » a motivé en 1993 la création du FSV. Ce fonds finance certaines dépenses de prestation (minimum vieillesse et une partie du minimum contributif), prend en charge des cotisations pour période de chômage ou maladie (19,2 Md€), voit transiter les fonds destinés au financement des majorations de pensions pour enfants : il est donc à l'origine de transferts importants au profit des régimes, mais dont la logique composite a suscité des interrogations de la part du Haut Conseil du financement de la protection sociale¹⁷⁶.

D'autre part, le suivi de la politique familiale dans ses différents aspects a motivé des transferts de la branche famille vers d'autres intervenants. La branche prend en charge les cotisations des assistants maternels et gardes d'enfants à domicile, au profit des autres branches de la sécurité sociale mais aussi d'autres acteurs de la protection sociale (UNEDIC, caisse de retraite complémentaire IRCM et AGFF) (3,3 Md€), ainsi que les cotisations au titre de l'AVPF (4,9 Md€). Elle finance également le congé paternité (250 M€), géré par l'assurance maladie, et les majorations de pension pour enfants (flux de 4,6 Mds€ au profit du FSV). En revanche, la budgétisation des allocations personnalisées de logement, organisée par la loi de finances pour 2015, a conduit à la suppression de sa contribution au FNAL (4,4 Md€).

¹⁷⁵ Cf. annexe IV.2 au présent chapitre.

¹⁷⁶ Cf. le rapport d'étape de juin 2013 sur la clarification et la diversification des ressources des régimes de protection sociale.

Enfin, la branche maladie finance différents fonds relevant de son domaine d'action (fonds d'intervention régional, fonds de modernisation des établissements de santé...) et une partie de la couverture sociale des professions de santé conventionnées¹⁷⁷ (cf. encadré n°2). Les régimes se partagent, selon des clefs de répartition diverses, ce type de dépenses. La contribution des régimes à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), au titre de la gestion de l'ONDAM médico-social, étant avant tout un jeu d'écritures (cf. Annexe II au présent chapitre). Une logique opérationnelle peut également conduire à générer des transferts entre régimes, par exemple dans le cas des dépenses de santé engagées à l'étranger (rôle du CLEISS et désormais de la CNAMTS comme gestionnaire des dettes et créances internationales).

**Encadré n°2 : Les transferts liés au partage, entre régimes et avec l'État,
du financement de divers fonds et établissements**

L'assurance maladie verse des dotations ou subventions à une multitude d'opérateurs intervenant dans le domaine de la santé et de l'hospitalisation. Ces dotations sont généralement déterminées dans le cadre du PLFSS dont une annexe, l'annexe 8, précise les engagements issus du texte de loi.

Le partage peut présenter trois types de modalités :

- un cofinancement Etat/assurance maladie ;
- un financement exclusivement à la charge de la CNAMTS ;
- un financement partagé entre les régimes suivant des clefs de répartition qui sont elles mêmes diverses mais que le décret n° 2013-828 du 16 septembre 2013 relatif à la participation de l'assurance maladie au financement de différents fonds et établissements a précisées pour un grand nombre d'opérateurs (en faisant de la CNAMTS leur interlocuteur unique).

Pour l'année 2013, il s'agit notamment de :

- l'office national d'indemnisation des accidents médicaux et affections iatrogènes (ONIAM) : cofinancement Etat/régimes (139 M€) ;
- l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu : régimes (155 M€) ;
- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : régimes (343 M€) ;
- l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : cofinancement Etat/ régimes (32 M€) ;
- l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : cofinancement Etat/ régimes (58 M€) ;
- du fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (FIR) auquel contribuent également la CNSA et l'Etat : 3,2 Md€, déterminés dans le cadre d'un sous-objectif de l'ONDAM ;
- de l'agence de biomédecine (ABM) avec un cofinancement Etat / régimes (29 M€) ;
- de l'institut national de la transfusion sanguine (INTS) : 10 M€ (CNAMTS).

La branche AT/MP est également concernée au titre de ses contributions au :

- fonds national de soutien relatif à la pénibilité créé par la réforme des retraites 2010 (1,5 M€ en 2013) ;
- fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (84% des produits du fonds en 2014 soit 435 M€) ;
- fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (96% des produits du fond en 2013 soit 890 M€), qui bénéficie également en 2013 d'une fraction du produit des droits sur la consommation (35 M€).

¹⁷⁷ Ces différentes subventions sont détaillées, chaque année, dans l'annexe 8 au PLFSS.

I.2. Des interrogations quant à la pertinence de ces mécanismes

Ces différents transferts apportent une contribution importante à l'équilibre financier des régimes – et les transferts internes aux régimes ou les compensations peuvent minorer le besoin de subventions d'équilibre ou d'affectation de taxes.

Cependant la croissance de ces transferts a conduit à rendre complexe voire obscur le financement des régimes ou, à tout le moins, de ceux d'entre eux qui sont les plus concernés par ces mécanismes. Lors du premier rapport annuel de la Cour des comptes au Parlement sur la sécurité sociale (1995), les magistrats avaient noté l'existence de douze mécanismes de compensation et sept dispositifs de transfert, qui, « obéissant à des règles souvent disparates, font l'objet de modifications fréquentes, et dont la base juridique est incertaine ». Ils rappelaient – déjà – les contestations des régimes sur la sincérité et l'opportunité même de ces exercices, toujours soupçonnés de prendre en compte des contraintes budgétaires de court terme en dépit de la création d'une commission de la compensation, réunissant les régimes et en charge d'établir l'ensemble des flux financiers.

Ainsi, l'État qui verse une subvention d'équilibre à un certain nombre de régimes structurellement déséquilibrés (par exemple, la SNCF) ou en voie d'extinction lente (les mines) a-t-il été soupçonné d'avoir intérêt à majorer les compensations afin de réduire les montants de ses subventions. De même, les répartitions des charges, notamment entre branche famille et branche retraites, ont pu paraître répondre davantage à des objectifs budgétaires (soulager la branche vieillesse aux dépens d'une branche famille bénéficiant d'un dynamisme de ses recettes supérieur à celui de ses dépenses) qu'à une vraie logique. En outre, les subventions d'équilibre ou la compensation bilatérale maladie peuvent alimenter des interrogations lorsqu'elles se combinent à des mécanismes d'intégration financière, au double plan de l'équité et de la clarté des choix de financement retenus.

Enfin et surtout, les transferts :

- obscurcissent le lien entre les ressources des régimes et leurs prestations, rendent complexe le partage de certaines recettes (répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie, par exemple) et peuvent conduire, faute de transparence et de lisibilité, à remettre en cause l'adhésion aux principes qui fondent la sécurité sociale (principe de consentement) ;
- présentent des risques en matière de gestion, liés à la complexité des modes de calcul et des flux de trésorerie qui en résultent ;
- sont fréquemment sujets à des révisions dont le besoin est parfois structurel : ainsi les compensations budgétaires ou fiscales de l'Etat au régime (au titre des exonérations ou de la gestion de prestations) doivent-elles être annuellement revues ;
- sont parfois inadaptés à la croissante fluidité des parcours professionnels qui se traduit par des mutations entre régimes et des coûts de gestion des bénéficiaires accrus, dont la pertinence, lorsque les prestations sont harmonisées, peut être discutée.

Ces constats ont motivé des adaptations d'ampleur de ces mécanismes.

I.3. Des évolutions récentes dont l'amplification doit donner lieu à réflexion

La complexité des règles en matière de transferts tient à la pluralité des régimes et aux règles parfois diverses qu'ils appliquent. L'ambition, lorsque les mécanismes de compensation ont été généralisés par la loi du 24 décembre 1974, était cependant que cette complexité soit transitoire : la cible était de construire au plus tard le 1er janvier 1978 un système commun pour tous les Français dans les trois branches maladie, retraite et famille.

Pour autant et de manière assez contradictoire, la loi de 1974 indiquait d'une part que « les régimes de base obligatoires légaux de sécurité sociale seront progressivement harmonisés et [que] tous les Français non encore affiliés à l'un de ces régimes seront admis au bénéfice d'une protection sociale dans des conditions tenant compte de leurs capacités contributives. L'institution de ce système doit avoir pour contrepartie un même effort contributif des assurés des différents groupes socioprofessionnels. L'harmonisation des cotisations sera réalisée au rythme de la mise en œuvre de la protection de base commune » et, d'autre part, que « ces mesures d'harmonisation ne pourront mettre en cause les avantages acquis par les différents régimes, ni porter atteinte à l'existence d'institutions de protection sociale propres aux différents groupes socioprofessionnels qui en sont actuellement dotés ».

Quarante ans après, les prémices du raisonnement restent largement valides, même si, ces dernières années, plusieurs évolutions convergentes ont déjà été mises en œuvre :

- la simplification des mécanismes de compensation, avec notamment la fin de la compensation généralisée maladie, l'écêtement de la compensation bilatérale maladie et la suppression de la surcompensation au profit des régimes spéciaux de retraite ;
- le développement qui se poursuit des intégrations financières et, corrélativement, la limitation de l'équilibrage des régimes par affectation de recettes fiscales ; parallèlement, la suppression des plus petits régimes reste d'ampleur modeste, alors que la limitation du nombre des régimes est, assez naturellement, un levier fort de limitation des transferts ;
- un effort de clarification des transferts relevant de la branche famille (cf. la budgétisation des aides personnalisées au logement) ;
- une harmonisation des prestations versées par les différents régimes, dont le meilleur exemple est celui des prestations de la branche famille, dont l'harmonisation a permis l'intégration financière au sein d'un régime unique, dans le cadre d'un processus que le Haut Conseil du financement de la protection sociale a analysé dans son rapport de juin 2013 précité.

En matière de retraites, l'alignement des régimes des commerçants et artisans sur le régime général a facilité l'intégration promue par la LFSS rectificative pour 2014, comme elle avait permis l'intégration du régime des salariés agricoles. Le mécanisme de l'adossement permet d'intégrer partiellement des régimes spéciaux en appliquant un principe de neutralité financière. Plus généralement, des efforts d'harmonisation ont été promus, notamment en matière de durée nécessaire pour bénéficier du taux plein, et d'effort contributif. Pour autant, la variété des modes de gestion (annuités / points, droits familiaux et dérivés, âges légaux de départ) et l'ancrage professionnel des régimes constituent des réalités qui rendent, à court terme, peu envisageable une unification financière. Des simplifications des transferts apparaissent cependant possibles, notamment en ce qui concerne les mécanismes de compensation démographique, et font l'objet de la deuxième partie du présent chapitre.

En matière d'assurance maladie, si l'harmonisation est quasi-achevée pour les prestations en nature, elle ne s'est pas traduite pas des avancées en matière de structuration des régimes et la gestion des changements de statuts et de situations demeure complexe pour les assurés comme pour les caisses, en dépit des clauses de maintien de droits. Compte tenu de la création de la CMU et de l'harmonisation des prestations en nature, il est possible d'envisager une évolution vers une unité financière accrue des différents régimes de la branche maladie, avec différentes voies possibles que le Haut Conseil a tenté d'identifier et qui sont présentées dans la troisième partie du présent chapitre.

II. Les relations financières entre régimes d'assurance vieillesse

Les régimes de retraite de base entretiennent entre eux et avec d'autres caisses ou fonds des relations financières multiples, qui tiennent à une diversité de dispositifs. Peuvent ainsi être cités :

- la répartition du coût du « minimum contributif » entre les régimes qui l'appliquent et le Fonds de solidarité vieillesse ;
- le circuit comptable des majorations de pensions à raison des enfants élevés, qui fait intervenir un transfert du Fonds de solidarité vieillesse aux régimes au titre de ces avantages ;
- le transfert direct de la Caisse nationale des allocations familiales à la Caisse nationale d'assurance vieillesse au titre du financement des droits acquis dans le cadre de l'assurance vieillesse des parents au foyer ;
- ainsi que, pour des montants significatifs, les transferts au titre de la compensation démographique.

Pour une part importante, ces dispositifs ont trait à la mise en œuvre de mécanismes de « solidarité » qui ont été analysés dans les différents rapports du Conseil d'orientation des retraites, et dont les circuits de financement avaient fait l'objet de réflexions et de propositions dans le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale, rappelées au chapitre II du présent rapport.

S'agissant plus spécifiquement du mécanisme de la compensation démographique, qui est un dispositif général inter-régimes, son examen s'inscrit dans le cadre de la « simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes (à la sécurité sociale) » mentionnée par le Premier Ministre dans sa lettre de saisine du 21 octobre 2014. Pour conduire cet examen, le Haut Conseil a bénéficié le 14 janvier 2015 d'une présentation de M. Raphaël Hadas-Lebel, Président du Conseil d'orientation des retraites, qui a rendu public en octobre 2011 son dixième rapport consacré aux mécanismes de compensation entre régimes de retraite¹⁷⁸. Les échanges qui ont suivi ont identifié l'intérêt que cette question puisse donner lieu à des approfondissements afin de permettre au Haut Conseil d'examiner des voies d'évolution de ces mécanismes.

¹⁷⁸ Conseil d'orientation des retraites (2011), « Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation », dixième rapport, octobre.

Les développements qui suivent s'efforcent d'enrichir les premières réflexions du Haut Conseil sur ce thème, en s'appuyant sur les travaux d'un groupe de travail réuni à deux reprises, qui a associé le Haut Conseil, le secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites, la Direction du budget et la Direction de la sécurité sociale.

Alors que la compensation démographique entre régimes maladie a été supprimée en 2011, la compensation entre régimes de retraite de base est toujours en vigueur, et repose sur des fondements juridiques, économiques et financiers qui seront rappelés au début de la deuxième partie du présent chapitre (II.1). Elle présente cependant des problèmes de fonctionnement et des redondances avec d'autres mécanismes de solidarité financière entre régimes de retraite (II.2), qui conduisent à envisager des évolutions de ses mécanismes (II.3).

Deux contributions figurant en annexe à ce chapitre complètent l'analyse présentée ci-après :

- une note du Conseil d'orientation des retraites résumant son dixième rapport d'octobre 2011 précité (annexe IV.3) ;
- une note de la Direction de la sécurité sociale sur des propositions de scénarios d'évolution de la compensation vieillesse, qui a servi de base pour les voies d'évolution présentées dans la partie III (annexe IV.4).

II.1. Les transferts de compensation entre régimes de retraite de base

Le système de retraite français compte une multiplicité de régimes de base : 17 principaux régimes décrits en détail dans les rapports annuels de la Commission des comptes de la sécurité sociale, auxquels s'ajoute un grand nombre de petits régimes. Face à cette segmentation, et à côté des efforts entrepris en matière d'harmonisation de la législation, le besoin s'est fait rapidement sentir d'organiser une solidarité financière entre ces régimes, en sorte d'éviter qu'un régime ne voie sa situation financière varier en raison de tendances démographiques différentes de l'évolution moyenne à l'échelle de la population entière. En effet, dès les années soixante, s'est posée la question du déclin démographique d'un certain nombre de régimes (salariés et exploitants agricoles, mines...) au regard du régime général en raison notamment de la salarisation croissante de la main-d'œuvre.

C'est la loi du 24 décembre 1974 précitée qui a institué un mécanisme de compensation généralisée à l'ensemble des régimes de base, dont l'objectif est de « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités des capacités contributives » entre ces régimes. Cependant, en raison des lacunes de la connaissance des revenus d'activité des travailleurs non salariés, il fut décidé que la compensation entre les régimes de retraite des salariés et des non salariés serait réalisée sur une base strictement démographique.

Ce sont ces principes, complétés par des dispositions réglementaires d'application, qui gouvernent encore aujourd'hui la compensation entre régimes de retraite. Concrètement, ce dispositif de compensation comporte deux « étages » :

- une compensation entre régimes de salariés : on retient une prestation de référence, qui, multipliée par les effectifs de retraités de l'ensemble des régimes, détermine une masse « théorique » de prestations à verser, et, rapportée à la masse salariale totale, un taux moyen de cotisation qui en assure le financement ; pour chaque régime, on calcule d'une part le coût de la prestation de référence, d'autre part les ressources dont le régime disposerait par application à sa masse salariale du taux de cotisations précédemment calculé ; la différence entre ces deux

montants détermine le transfert de compensation, à recevoir si elle est positive, à verser si elle est négative ; ce premier étage est dit « contributif » en ce que le calcul prend en compte non pas le nombre de cotisants de chaque régime, mais aussi, au travers de la masse salariale, leur salaire moyen ;

- une compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les différents régimes de non salariés : à nouveau, on détermine une prestation de référence, et on calcule la charge qu'elle implique pour chaque régime ; le montant total des prestations est cette fois rapporté non plus à la masse des revenus cotisés, mais au nombre total de cotisants de l'ensemble des régimes, afin de déterminer la cotisation moyenne équilibrant le financement de la prestation de référence ; on calcule alors pour chaque régime et pour l'ensemble du bloc « salariés », la différence entre les prestations théoriques à verser et les cotisations théoriques à encaisser, qui détermine le transfert de compensation dont il peut bénéficier ou qu'il doit acquitter ; pour le bloc des régimes de salariés, le transfert – systématiquement débiteur – résultant de leur agrégation est réparti au prorata de la masse salariale de chacun d'entre eux ; ce deuxième étage est donc un mécanisme qui vise à une compensation démographique *stricto sensu* entre ces deux ensembles de régimes, qui ne tient pas compte des capacités contributives de leurs affiliés.

La mise en œuvre de ces mécanismes suppose naturellement de définir de façon homogène les paramètres principaux : pension de référence, effectifs de cotisants et de retraités, masse salariale, etc. Les prestations de référence prises en compte sont à cet égard, aux termes de la législation, les plus faibles dans chacun des groupes de régimes concernés par les deux étages, à savoir la prestation moyenne du régime des salariés agricoles au sein du bloc des régimes de salariés (1^{er} étage), et celle du régime des industriels et commerçants pour la compensation entre régimes de salariés et de non salariés (2^{ème} étage). En effet, pour éviter, par le biais des transferts de compensation, de mettre à la charge d'un régime des avantages de retraite supérieurs à ceux qu'il verse à ses ressortissants, l'idée est de retenir pour référence le régime aux règles les moins favorables. Des conventions sont en outre retenues pour traiter les cas des personnes affiliées à plusieurs régimes ou bénéficiant de plusieurs pensions de retraite, ou des bénéficiaires de droits dérivés, ou encore des règles de plafonnement des cotisations. Cependant, il est important de noter que les formules de calcul explicitées ci-dessus conduisent nécessairement à ce que la somme des transferts de compensation soit nulle et ce, quelles que soient les prestations de référence retenues dans le calcul de chacun des deux « étages ».

Le tableau 2 suivant, qui reprend les calculs de la note du secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites jointe en annexe IV.3, illustre l'ensemble du mécanisme.

Tableau 2
Transferts de compensation entre régimes de retraite de base
au titre de l'année 2014 (en millions d'euros)

	1er étage (entre salariés)	2ème étage (entre le bloc salariés et les non salariés)	Transferts de compensation totaux
CNAV	1 496	3 368	4 864
Salariés agricoles	-2 397	120	-2 277
Fonctionnaires civils	163	345	508
Fonctionnaires militaires	56	59	115
Ouvriers de l'Etat	-55	7	-48
CNRACL	1 056	338	1 394
Mines	-252	1	-251
SNCF	-27	31	4
RATP	16	9	25
Marins	-79	3	-76
Industries électriques et gazières	55	32	87
Clercs de notaires	-32	9	-23
Banque de France	-1	3	2
Régimes de salariés	0	4 324	4 324
Exploitants agricoles		-3 557	-3 557
Industriels et commerçants		-1 071	-1 071
Artisans		-464	-464
Professions libérales		684	684
Avocats		84	84
Régimes de non salariés		-4 324	-4 324
Ensemble des régimes	0	0	0

Source : Commission de compensation.

Les principaux régimes débiteurs à la compensation vieillesse prise dans son ensemble sont la CNAV (4,8 Md€), la CNRACL (1,4 Md€), le régime des professions libérales (0,7 Md€) et celui des fonctionnaires civils et militaires (0,6 Md€). En contrepartie, les principaux régimes créditeurs sont les exploitants agricoles (3,5 Md€), les salariés agricoles (2,3 Md€), le RSI-industriels et commerçants (1,1 Md€) et artisans (0,5 Md€) et le régime des mines (0,3 Md€). Toutefois, ces montants sont tributaires des effectifs de cotisants et de retraités des régimes concernés, si bien qu'un montant modeste de transfert peut parfois représenter une part importante des charges ou des produits d'un régime. Ainsi les transferts de compensation versés représentent-ils 4% environ des prestations légales vieillesse de la CNAV, mais ce ratio atteint 9% à la CNRACL et même 50% au régime des professions libérales. A l'inverse, les transferts de compensation reçus représentent 13% des produits du régime des artisans, cette proportion atteignant 27% au régime des industriels et commerçants, 28% à celui des salariés agricoles et 45% à celui des exploitants agricoles.

II.2. Des problèmes associés aux mécanismes de compensation et des redondances avec les autres transferts entre régimes

Cependant, la mise en œuvre de la compensation entre régimes de retraite de base présente plusieurs défauts. Ils sont de différents ordres :

- en premier lieu, le calcul de certains paramètres, comme le nombre de cotisants de la CNAV¹⁷⁹, ou la prise en compte de catégories particulières comme les demandeurs d'emploi et les auto-entrepreneurs, ou encore certaines conventions comme celle qui ne retient dans les effectifs de retraités que ceux âgés de 65 ans et plus, peut être questionné ;
- plus préoccupants sont le choix et le mode de détermination des prestations de référence utilisées dans le calcul des transferts de compensation : le fait de retenir deux pensions de référence différentes pour les deux « étages » de la compensation revient en fait à déroger à la règle du régime le moins généreux de l'ensemble des régimes participant à la compensation ; surtout, comparer les pensions moyennes des différents régimes sur la base de leur montant moyen par retraité sans tenir compte des durées d'affiliation moyennes des retraités à ces régimes biaise le choix de la pension de référence : elle aboutit en effet à retenir comme référence pour le premier et pour le deuxième « étages » les pensions des régimes – salariés agricoles, commerçants et industriels – qui se caractérisent par de faibles durées d'affiliation de leurs pensionnés.

Ces interrogations ont conduit le Conseil d'orientation des retraites, dans son dixième rapport, à proposer de calculer les pensions moyennes de chaque régime en les pondérant notamment par la durée moyenne d'affiliation, de retenir comme régime de référence celui dont le coefficient de proportionnalité « pension moyenne / durée moyenne d'affiliation » est le plus faible de l'ensemble des régimes de salariés et de non salariés, et par suite de supprimer les deux étages de la compensation pour les remplacer par un jeu unique de transferts entre les régimes.

Cependant, procéder à des aménagements incrémentaux des mécanismes de compensation n'est pas aisé, en raison du jeu à somme nulle que constituent les transferts associés. Toute réforme crée nécessairement des régimes « perdants », et est donc susceptible de susciter des réticences fortes de leur part. Au demeurant, même calculés sur une base minimale, les transferts de compensation représentent une part importante des charges de certains régimes débiteurs, ou des produits de certains régimes créditeurs, qui rend difficile des ajustements qui alourdiraient encore ces ratios.

Par ailleurs, au regard de l'objectif d'une meilleure lisibilité du financement de la protection sociale qui est commun aux différents chapitres du présent rapport, il faut remarquer que les transferts de compensation peuvent doubler avec d'autres mécanismes financiers destinés à l'atteinte de l'équilibre des différents régimes. Il s'agit notamment des transferts que la CNAV verse aux régimes qui lui sont financièrement intégrés (régime des salariés agricoles, régimes des non salariés non agricoles depuis 2015), ainsi que des subventions d'équilibre du budget de l'État à certains régimes spéciaux de retraites (ouvriers de l'État, mines, SNCF, RATP, marins).

¹⁷⁹ Le nombre des cotisants de la CNAV est estimé comme le solde de l'emploi salarié total estimé par l'Insee et les effectifs cotisants de tous les autres régimes de salariés.

Dans les deux cas, bien que selon des modalités comptables différentes – transfert dans le premier cas, contribution publique dans le second –, ces mécanismes d'équilibrage complètent, postérieurement à l'intervention des transferts reçus ou versés dont les transferts de compensation, les produits de ces régimes en sorte qu'ils équilibrent leurs charges. Ainsi :

- les régimes de salariés agricoles et les régimes de non salariés non agricoles sont créditeurs, et pour des montants importants, des transferts de compensation, et par ailleurs bénéficient d'un transfert de la CNAV au titre de leur intégration financière au régime général : comme la CNAV est par ailleurs le principal régime débiteur à la compensation, il est permis de s'interroger sur l'intérêt de laisser persister la coexistence de deux mécanismes de transferts en provenance de la CNAV qui poursuivent sensiblement le même objectif d'équilibre de régimes, dont au surplus la législation des prestations de retraite de base est alignée sur celle du régime général ;
- le même constat peut être fait s'agissant de régimes spéciaux qui bénéficient de subventions d'équilibre versées par le budget de l'État ; dans le cas de la RATP et de la SNCF, on aboutit même à une situation dans laquelle ces régimes sont – certes légèrement – débiteurs à la compensation, avant de recevoir une subvention de l'État qui ramène leurs comptes à l'équilibre ; là encore, une consolidation de ces transferts pourrait contribuer à clarifier les logiques de financement à l'œuvre.

Ces observations conduisent à prendre en considération des voies d'évolution du financement des régimes de retraite qui simplifient l'ensemble des flux qu'ils entretiennent entre eux, et non pas uniquement les transferts de compensation pour lesquels, comme on l'a vu, des aménagements particuliers peuvent être délicats à envisager.

II.3. Des scénarios exploratoires de rationalisation des transferts entre régimes de retraite de base

Dans le cadre des travaux préparatoires menés avec les administrations et le secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil a pu bénéficier d'un travail d'élaboration de scénarios exploratoires et de premières simulations de leur impact financier, concernant divers aménagements envisageables des mécanismes de compensation, de la part de la Direction de la sécurité sociale. Les analyses qui suivent en reprennent les principales conclusions, sachant qu'est jointe en annexe IV.4 une note de la Direction de la sécurité sociale présentant en détail ces simulations, et que le secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites a souligné, dans le prolongement du dixième rapport de ce Conseil, que la voie d'une révision préalable des modalités de calcul de la compensation (en un seul étage et en prenant en compte les durées moyennes d'affiliation) lui paraissait préférable avant d'envisager de simplifier l'ensemble des flux financiers entre les régimes de retraite.

II.3.1. Les principes des scénarios explorés

Les analyses de la Direction de la sécurité sociale ont tenté d'envisager deux types de modifications des mécanismes de compensation, qui permettraient de simplifier, de façon plus ou moins importante selon les scénarios, les transferts financiers entre régimes de retraite :

- Tout d'abord, la fusion des deux « étages » actuels de la compensation en un seul jeu de transferts, avec deux hypothèses :
 - soit le nouveau mécanisme est uniquement démographique, comme le 2^{ème} étage du dispositif actuel : c'est le « scénario 1 » ici envisagé ;
 - soit il tient compte, comme le 1^{er} étage actuel, des assiettes des cotisations de l'ensemble des régimes, y compris dans les régimes de non salariés : c'est le « scénario 2 ».

Dans tous les cas, la prestation de référence retenue serait, selon les hypothèses testées ici, la pension moyenne la plus faible dans l'ensemble des régimes, c'est-à-dire la pension moyenne du régime des salariés agricoles, sans tenir compte, comme le suggèrent les travaux du Conseil d'orientation des retraites, des durées d'affiliation¹⁸⁰. Ces scénarios 1 et 2 ne procèdent à aucun regroupement de régimes et maintiennent les 18 régimes actuellement parties à la compensation vieillesse.

- Pour aller plus loin en recherchant une simplification de l'ensemble des flux financiers, la contraction des transferts de compensation et des transferts assurant l'équilibre de certains régimes, au sein de deux grands ensembles de régimes :
 - les régimes intégrés financièrement au régime général : régime des salariés agricoles, RSI (industriels-commerçants, artisans) ;
 - les régimes bénéficiant d'une subvention d'équilibre du budget de l'État : ouvriers de l'état, Mines, SNCF, RATP, Marins.

Ainsi les regroupements ci-dessus permettraient-ils de réduire de 18 à 9 le nombre de parties prenantes de la compensation : CNAV et régimes intégrés, État et régimes bénéficiant d'une subvention d'équilibre, exploitants agricoles, CNRACL, professions libérales, avocats, industries électriques et gazières, clerks et employés de notaires, Banque de France. Au sein des deux premiers groupes de régimes, les transferts de compensation seraient agrégés et imputés respectivement à la CNAV et à l'État, tandis que les transferts d'intégration financière et les subventions d'équilibre vers les autres régimes figurant dans ces groupes seraient ajustés pour tenir compte du fait que les transferts de compensation n'apparaîtraient plus dans les comptes des régimes intégrés ou équilibrés.

La fusion des opérations de compensation en un seul « étage » ainsi opérée entre les neuf régimes ou blocs de régimes regroupés pourrait comme précédemment être assortie de deux modalités distinctes : une compensation purement démographique (« scénario 3 ») ou tenant compte des capacités contributives (« scénario 4 »). Dans les deux cas, la prestation de référence serait modifiée, car c'est alors le régime des exploitants agricoles qui présenterait la pension moyenne (masse des pensions/nombre de retraités) la plus faible.

¹⁸⁰ Toutefois, la note de la Direction de la sécurité sociale jointe en annexe IV.4 présente non seulement les simulations reprises dans le présent document, mais également des calculs de sensibilité à des choix alternatifs concernant la prestation de référence, qui permettent de prendre en compte la possibilité d'intégrer une rénovation des règles de détermination de cette dernière dans une démarche de simplification des transferts entre régimes avec une rénovation des règles de détermination.

Pour faciliter l'analyse de l'impact de ces différents scénarios, les résultats de leurs simulations sont ici présentés dans ce regroupement en 9 régimes ou ensembles de régimes, et en faisant masse les transferts de compensation et les transferts d'intégration financière ou les subventions d'équilibre. Ils sont mis en regard d'un scénario de référence, dit « scénario 0 », dans lequel aucun changement ne serait apporté aux mécanismes de compensation actuels, et qui consiste simplement en une présentation agrégée des transferts actuels. Le tableau 3 suivant résume les caractéristiques des différents scénarios.

Tableau 3
Récapitulation des différents scénarios d'évolution des transferts de compensation
présentés par la Direction de la sécurité sociale

	Actuel	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Nb étages	2	2	1	1	1	1
Fusion des régimes	non	non	non	non	oui	oui
Nb régimes	18	9	18	18	9	9
Contributif/Démographique	Contributif Démographique	Contributif Démographique	Démographique	Contributif	Démographique	Contributif
Prestations de référence	MSA sal RSI Avic	MSA sal RSI Avic	MSA sal	MSA sal	MSA expl	MSA expl
Volume transferts 2015 (Md€)	7,8	3,5	6	6,4	5,9	5,1

II.3.2. Les premiers résultats des simulations de ces scénarios exploratoires

Les résultats des différents scénarios sont résumés dans le tableau 4 suivant. Ils sont présentés en impact sur les comptes prévisionnels 2015 des neuf régimes ou blocs de régimes regroupés.

Tableau 4
Impact financier en 2015 des différents scénarios sur les régimes regroupés

(millions d'euros)									
	Scénario 0	Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3		Scénario 4	
	Impact financier de la compensation (*)	Impact financier de la compensation (*)	Ecart au scénario 0	Impact financier de la compensation (*)	Ecart au scénario 0	Impact financier de la compensation (*)	Ecart au scénario 0	Impact financier de la compensation (*)	Ecart au scénario 0
CNAV et régimes intégrés	-903	-714	189	-235	668	-1 576	-673	-518	385
Etat et régimes équilibrés	-266	610	876	-151	115	1 345	1 611	-333	-67
Exploitants agricoles	3 464	1 998	-1 466	2 299	-1 166	4 408	944	5 071	1 607
CNRACL	-1 424	-1 468	-44	-1 337	87	-3 239	-1 815	-2 950	-1 526
Professions libérales	-710	-409	300	-435	275	-903	-193	-959	-249
Avocats	-90	-52	38	-81	9	-115	-25	-178	-88
Industries électriques et gazières	-93	-8	84	-84	8	-18	75	-186	-94
Clercs de notaires	22	39	17	24	2	85	63	53	32
Banque de France	-1	5	6	0	1	12	13	-1	0

(*) : il s'agit, pour les régimes isolés (exploitants agricoles, CNRACL, professions libérales, avocats, industries électriques et gazières, clercs de notaires, Banque de France) de l'impact spécifique des transferts de compensation, et pour la CNAV et l'Etat (deux premières lignes), de l'impact combiné des transferts de compensation agrégés pour les régimes intégrés ou équilibrés et des transferts d'intégration financière et des subventions d'équilibre.

Lecture : En 2015, la CNAV devrait supporter une charge nette de 903 Md€ au titre de la compensation vieillesse et des transferts d'intégration financière (scénario 0). Dans le cas où les deux étages de la compensation seraient fusionnés sur une base démographique (scénario 1), cette charge, résultant également de l'addition d'un transfert de compensation et de versements au titre des intégrations financières au régime des salariés agricoles et à ceux des travailleurs non salariés non agricoles, s'élèverait à 714 M€, en diminution de 189 M€ par rapport à la prévision de référence.

Ces premiers résultats, présentés uniquement à des fins de « test », permettent d'identifier les effets suivants :

- la fusion en un seul étage des mécanismes actuels de compensation serait défavorable au régime des exploitants agricoles, sous le double effet de l'abaissement de la prestation de référence qui serait alors celle du régime des salariés agricoles, et de l'adoption d'une compensation purement démographique (scénario 1) ; ceci contribuerait à réduire les transferts versés par la CNAV, par le régime des professions libérales, et surtout par l'État qui verrait diminuer le montant des subventions d'équilibre à verser ; dans le cas où la fusion des deux étages serait réalisée sur la base des capacités contributives (scénario 2), l'essentiel de l'atténuation de charges de l'État disparaîtrait car alors les régimes spéciaux qu'il équilibre devraient contribuer davantage à la compensation ;
- le changement de prestation de référence dans les scénarios 3 et 4, qui s'améliore en devenant la pension moyenne du régime des exploitants agricoles, amplifie les effets précédents ; il a notamment un impact considérable sur les comptes de la CNRACL.

II.3.3. Des problèmes qui restent à étudier

Ces scénarios sont présentés ici à titre purement exploratoire, et devraient faire l'objet d'analyses complémentaires, car ils soulèvent certaines interrogations quant à leur mise en œuvre et n'apportent pas de solutions à l'ensemble des problèmes de fonctionnement du mécanisme de la compensation entre régimes de retraite de base :

- s'agissant de la mise en œuvre des scénarios, des études approfondies devraient être conduites, en particulier quant à la faisabilité d'un regroupement des pensions civiles et militaires et des régimes bénéficiant d'une subvention de l'État ; en effet :
 - à la différence des régimes intégrés financièrement au régime général, dont les règles sont alignées sur celles de ce dernier, les pensions civiles et militaires et les régimes spéciaux sont loin d'appliquer des législations identiques, en matière d'âge de la retraite, de durée d'assurance requise, de formule de calcul de la pension et de droits dérivés ;
 - en droit, les subventions versées par l'État à certains régimes spéciaux n'ont pas toutes explicitement pour but de garantir l'équilibre de ces régimes ; ce n'est notamment pas le cas pour les régimes des mines et des marins ;
 - l'impact financier pour le budget de l'État de certains scénarios pourrait venir en contradiction avec la norme d'évolution des dépenses fixée dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 ;
- plus fondamentalement, les scénarios montrent que les transferts entre régimes resteraient très sensibles à des paramètres-clés de la compensation, tout particulièrement le choix de la prestation de référence ; de fait, les évolutions proposées restent essentiellement incrémentales et n'apportent pas de réponse aux principaux dysfonctionnements identifiés dans le dixième rapport du Conseil d'orientation des retraites, notamment le fait que le calcul des pensions moyennes des régimes ne tient pas compte de la durée d'affiliation des assurés ;

- enfin, au plan des principes, la simplification des transferts entre régimes et l'amélioration globale de la lisibilité du financement de la protection sociale que les scénarios précédents sont susceptibles d'introduire nécessitent de réfléchir, dans la mesure où ils s'éloignent de la logique de la compensation, à l'équité souhaitée entre régimes de retraite, et aux parts respectives que devraient y prendre des mécanismes de solidarité financière entre régimes et l'apport de la solidarité nationale.

Cependant, malgré les interrogations qui précèdent, ces simulations présentent l'intérêt :

- de montrer le sens dans lequel se modifierait l'équilibre financier des régimes en cas d'aménagement des différents paramètres de la compensation, tels que la pension de référence ou la base démographique ou contributive des transferts ;
- d'identifier des possibilités significatives de diminution du nombre de transferts entre régimes, particulièrement en cas de contraction des transferts de compensation, d'intégration financière et au titre des subventions d'équilibre, qui permettrait de rendre plus lisible leur financement ;
- de fournir une vision globale de l'impact d'une évolution des mécanismes de compensation sur les comptes des différents régimes de retraite.

III. Les perspectives d'unification financière des régimes d'assurance maladie

Parmi les différents sujets dont le Premier ministre a saisi le Haut Conseil, la lettre du 21 octobre 2014 évoque « l'architecture financière des différents risques avec l'étude de diverses hypothèses allant de la simplification de certains transferts financiers entre les branches ou internes à celles-ci, jusqu'à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature ».

C'est en particulier sur ce point qu'il apparaît possible de conjuguer la triple préoccupation de la lisibilité du financement de la protection sociale, de la simplification des relations entre les régimes et leurs assurés et de la réduction de leurs coûts de gestion.

Ainsi, les coûts de gestion des régimes d'assurance maladie, tels que les a étudiés un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF¹⁸¹, ont été évalués à 6 Md€ en 2011 pour les quatorze régimes obligatoires de base et à 6,5Md€ pour les 682 organismes assurant une couverture complémentaire. L'articulation entre les régimes de base et complémentaires a fait, à cet égard, l'objet de différentes réflexions, avec des horizons et des portées différentes, notamment de la part du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et du Conseil d'analyse économique (CAE)¹⁸².

Eu égard à la lettre de saisine du Premier ministre, l'approche retenue ici se limite aux relations entre les régimes d'assurance maladie obligatoires, et en particulier à celles qui concernent les prestations en nature.

Le secrétariat général du Haut Conseil a, dans cette perspective, réuni un groupe de travail associant le secrétariat général du HCAAM, la DSS, l'ACOSS, les principaux régimes d'assurance maladie ainsi que la Caisse nationale des allocations familiales, afin de mener une réflexion approfondie sur les voies et leviers d'une unification financière accrue de la branche maladie.

¹⁸¹ IGAS/IGF, « Les coûts de gestion de l'assurance maladie », septembre 2013.

¹⁸² HCAAM, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », juillet 2013.

CAE, « Refonder l'assurance maladie », les notes du conseil d'analyse économique, n°12, avril 2014.

Par ailleurs, à l'occasion du 70^{ème} anniversaire de la sécurité sociale, la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a annoncé le lancement d'une « réflexion qui pourrait déboucher, à terme, sur un régime maladie universel », afin de « sécuriser les droits sociaux par-delà les parcours professionnels » et « simplifier radicalement la couverture des soins », c'est-à-dire de garantir l'effectivité des droits auxquels les assurés peuvent prétendre en cas de changement de leurs situations professionnelles ou familiales. La Ministre a par ailleurs sollicité les caisses nationales des différentes branches pour qu'elles lui soumettent des propositions permettant de « mieux faire ressortir l'appartenance de leur réseau à la famille commune de la sécurité sociale ».

C'est dans ce contexte que le rapport du Haut Conseil est amené à réaliser un premier examen de différents scénarios envisageables pour simplifier les transferts financiers entre régimes d'assurance maladie et atténuer les effets des mutations entre régimes afin, par ces deux leviers, de renforcer l'unité financière de la branche maladie. La palette des possibles va d'intégrations financières complémentaires à une unification de la gestion et du versement des prestations en nature autour d'un ou deux acteurs, en passant par une voie moyenne, s'inspirant du modèle de la branche famille, d'unification financière complète de la branche, avec le maintien du rôle d'interface des différents régimes vis-à-vis de leurs assurés et une simplification des mécanismes d'affiliation.

Comme sur les autres points qui font l'objet de la saisine du Haut Conseil, cette partie du présent chapitre se donne pour objet de préciser les avantages et inconvénients de ces différentes pistes, en se concentrant sur la simplification des transferts financiers et ses implications sur la gestion des caisses (systèmes d'information, comptabilité, trésorerie) et en mentionnant leurs éventuelles conséquences sur leurs relations avec les assurés, sachant que ce dernier aspect ne relève pas directement de la compétence du Haut Conseil.

A cet effet, seront successivement évoqués les mécanismes particuliers à l'œuvre en matière de transferts entre régimes d'assurance maladie (III.1), les conséquences qui résultent pour les assurés et les régimes de mécanismes de gestion des mutations qui restent complexes ou mal appliqués (III.2), et les scénarios de réformes qui peuvent être envisagés (III.3).

III.1. Une concentration dans la branche maladie des transferts les plus complexes entre régimes

En dépit de l'harmonisation intervenue en matière de prestations en nature, du rattachement de certaines populations au régime général et d'un accroissement des intégrations financières à ce régime, la branche maladie enregistre encore des flux financiers importants entre régimes. Comme cela a été précisé dans la première partie de chapitre, ceux-ci résultent :

- d'une part de la participation des différents régimes au financement d'opérateurs intervenant dans le champ de la santé (agences sanitaires) et de l'assurance maladie (« régime des étudiants » par exemple¹⁸³),
- d'autre part de l'existence de subventions d'équilibre implicites du régime général au bénéfice de certains régimes spéciaux (compensation bilatérale maladie) ou des autres régimes, même intégrés (règles de partage de la CSG maladie),

¹⁸³ En application du 2° de l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale, les dépenses liées à l'assurance maladie-maternité des étudiants sont financées, outre par la cotisation forfaitaire recouvrée par les établissements d'enseignement supérieur, par des contributions des régimes (régimes général, régimes spéciaux, régimes agricoles, régimes des non salariés non agricoles).

- enfin de l'existence de recettes centralisées puis reversées par l'ACOSS aux régimes (recettes fiscales, compensation par l'Etat de prestations ou d'exonérations ciblées) ou, inversement, de cotisations et contributions sociales versées par les régimes aux URSSAF ou à l'ACOSS.

Sur la base d'un travail de recensement et de typologie des relations financières effectué par l'ACOSS seront ici présentées succinctement ces différentes formes de relations financières avant que soient précisées les masses financières en jeu.

III.1.1. Une typologie des relations financières entre régimes

III.1.1.1. Le rattachement de certains publics au régime général

Les populations rattachées au régime général (environ 8,5 millions de personnes dont 5,2 relevant de la fonction publique d'Etat et plus de 2 millions d'étudiants) ne bénéficient pas d'un « régime » autonome à proprement parler mais de modalités spécifiques de gestion de leurs droits. Les organismes gestionnaires sont constitués :

- de sept mutuelles de la fonction publique d'Etat qui gèrent plus 5 millions de fonctionnaires d'Etat et leurs ayants droits ;
- d'un duopole constitué d'une part de 10 mutuelles étudiantes régionales et d'autre part de la mutuelle des étudiants (LMDE), qui assure la prise en charge de plus de 2 millions de bénéficiaires du régime étudiant de sécurité sociale ;
- de onze mutuelles délégataires de CPAM, qui gèrent 600 000 bénéficiaires, fonctionnaires territoriaux et membres de la fonction publique hospitalière.

Ces modalités particulières de gestion de l'assurance maladie, notamment par des mutuelles, ont des particularités qui font parfois oublier l'intégration de ces publics au régime général, ce qui justifie qu'elles soient ici présentées.

En théorie, le rattachement de certaines populations au régime général ne devrait pas se traduire par des flux financiers, hors rémunération des frais de gestion des organismes ou structures qui servent les prestations pour le compte du régime général. En pratique, une grande diversité de situations, qui résulte de l'étendue variée des missions déléguées par le régime général, est manifeste aux différentes étapes de la couverture. L'affiliation conserve un caractère nettement professionnel : elle s'effectue pour les artistes-auteurs par l'AGESSA ou la Maison des artistes¹⁸⁴, pour les fonctionnaires et agents des collectivités locales ou hospitalières par leur employeur ou leur mutuelle, pour les étudiants par leur établissement d'enseignement supérieur. En matière de cotisations, si les URSSAF sont généralement en charge du recouvrement, des spécificités peuvent exister : recouvrement par les établissements en même temps que les frais d'études pour les étudiants, recouvrement par l'AGESSA et la MDA pour les artistes auteurs. En matière de service des prestations, les mutuelles étudiantes ou de la fonction publique servent les prestations à leurs affiliés, celles des artistes-auteurs étant servies par les CPAM.

¹⁸⁴ L'AGESSA et la MDA préparent les décisions d'affiliation à l'assurance maladie prises par les CPAM et assurent le recouvrement amiable des cotisations et contributions dues par les auteurs et les diffuseurs, mais les prestations sont servies par les caisses du régime général et les recouvrements contentieux relèvent de la compétence des URSSAF.

Enfin, en matière comptable, la CNAMTS procède à une comptabilisation spécifique des produits et des charges au titre des étudiants afin de calculer le solde à la charge des autres régimes, alors que les dépenses et les recettes relatives aux artistes auteurs sont enregistrées dans les comptes de la CNAMTS au même titre que celles des ressortissants du régime général.

III.1.1.2. Les intégrations financières

Il y a, dans l'acception ici retenue, intégration financière de deux régimes lorsqu'un régime compense le déficit de l'autre, ce qui revient en pratique à verser une dotation d'équilibre, les affiliés restant cependant gérés par des organismes distincts. Sept régimes sont ainsi intégrés :

- le régime des salariés agricoles (géré par la MSA),
- le régime des exploitants agricoles (géré par la MSA),
- le régime spécial des militaires (géré par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, CNMSS),
- le régime des marins (géré par l'établissement national des invalides de la marine, ENIM),
- le régime des ministres des cultes (géré par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, CAVIMAC),
- le régime des salariés des industries électriques et gazières (géré par la caisse d'assurance maladie des IEG, CAMIEG),
- le régime maladie des professions artisanales, industrielles, commerciales et libérales¹⁸⁵ (géré par le régime social des indépendants, RSI).

Comme le montre le tableau 5 ci-après, réalisé par l'ACOSS, le périmètre d'intervention de ces régimes n'est pas uniforme. Même intégrés financièrement, certains d'entre eux ont conservé en propre la fonction de recouvrement des cotisations (MSA, CAVIMAC, CNMSS), d'autres ont délégué cette fonction aux URSSAF (RSI). Le service des prestations est généralement de la responsabilité des régimes, mais des délégations existent (au profit des organismes conventionnés pour le RSI, de la CPAM des Hauts-de-Seine pour la CAMIEG). Enfin, l'intégration financière n'exige pas nécessairement l'harmonisation des efforts contributifs : les cotisations sociales maladie peuvent s'appliquer à des assiettes différentes et selon des taux différents entre régimes, quand bien même ceux-ci seraient intégrés au régime général.

En matière financière, le principe général est le suivant : le régime intégré enregistre dans ses comptes l'ensemble des opérations de prestations et de recouvrement (tenue de la comptabilité pour compte propre) et le régime général retrace dans sa comptabilité au compte de résultat le solde des opérations de dépenses et de recettes du régime intégré, avec, selon les cas, un déficit ou un excédent. Des nuances existent en trésorerie, selon qu'une dotation d'équilibre est explicitement prévue, avec un système d'acomptes et de régularisation *a posteriori* ou que le régime intégré bénéficie de lignes de tirage (modèle I et II du tableau 5 *infra*). Des modalités alternatives existent aussi s'agissant du régime des IEG, qui sont liées au caractère complexe de la couverture du régime qui associe un niveau de base et un niveau complémentaire obligatoire comme à la délégation donnée à la CPAM 92 (modèle III).

¹⁸⁵ A l'exception des praticiens et auxiliaires médicaux, qui sont couverts par les CPAM.

Tableau 5 : Typologie des modalités d'intégration financière entre régimes et des rattachements de population

Nature des relations financières avec le régime général	Description du dispositif	Régime et branche concernés
Intégration modèle I <i>recouvrement des cotisations et service des prestations par le régime intégré, avec distinction dans les comptes de la branche du RG de la position de la même branche du régime intégré (excédentaire/ déficitaire) à l'égard de sa population couverte</i>	- la branche du régime intégré et la même branche du RG mettent en commun les ressources et les charges de prestations tout en maintenant l'autonomie des structures de gestion de chacune d'elle, - la branche du RG retrace dans sa comptabilité (compte de résultat) le solde des opérations de dépenses et de recettes de la même branche du régime intégré qui représente ainsi le résultat déficitaire ou excédentaire de la branche du régime intégré, - le régime intégré sert les prestations à ses affiliés ; la trésorerie nécessaire à ces opérations est obtenue soit par tirage via une ligne territoriale comme n'importe quel organisme local du RG (cas de la Cavimac et de la CNMSS), soit par tirage sur le compte siège de l'Acoss (cas des salariés agricoles pour les branches maladie et vieillesse) sous la forme d'avances dont la périodicité est définie conventionnellement et après déduction du montant des cotisations recouvrées par le régime intégré, - le régime intégré recouvre les cotisations afférentes à la branche concernée et remonte ses cotisations sur le compte siège Acoss selon des modalités définies conventionnellement, - le régime intégré enregistre dans ses comptes l'ensemble des opérations de prestations et de recouvrement (tenue de la comptabilité pour son propre compte).	Cavimac branche maladie CNMSS branche maladie Salariés agricoles branches maladie et vieillesse
Intégration modèle II <i>recouvrement des cotisations et service des prestations par le régime intégré, versement par la branche du RG du solde entre les cotisations recouvrées et les prestations servies par le régime intégré, avec distinction dans les comptes de la branche du RG de la position de la même branche du régime intégré (excédentaire/ déficitaire) à l'égard de sa population couverte</i>	- une branche du RG contribue à l'équilibre financier de la même branche du régime intégré, - la branche du RG retrace dans sa comptabilité (compte de résultat) le solde des opérations de dépenses et de recettes de la même branche du régime intégré qui représente ainsi le résultat déficitaire ou excédentaire de la branche du régime intégré, - le solde ainsi défini correspond à la dotation d'équilibre qui peut être en faveur de la branche du régime intégré ou de la branche du RG, - le versement de cette dotation d'équilibre peut s'opérer par acomptes en N avec une régularisation en N+1, - le déficit ou l'excédent comptable prévisionnel de la branche du régime intégré fait l'objet d'une estimation à la fin de l'exercice N-1 qui sert de base à la définition des acomptes en N de dotation d'équilibre - le régime intégré sert les prestations à ses affiliés qui peuvent être différentes de celles servies par le RG, - le régime intégré recouvre les cotisations afférentes à la branche concernée dont l'assiette et le taux peuvent être différents de ceux appliqués par le RG, - le régime intégré enregistre dans ses comptes l'ensemble des opérations de prestations et de recouvrement (tenue de la comptabilité pour son propre compte).	RSI branches vieillesse et maladie Exploitants agricoles branche maladie ENIM branche maladie

Intégration modèle III <i>le RG prend en charge le recouvrement des cotisations et le service des prestations des ressortissants du régime intégré pour son compte, sans distinction dans les comptes de la branche du RG de la position de la même branche du régime intégré (excédentaire/ déficitaire) à l'égard de sa population couverte</i>	- le régime de base est intégré au régime général. Les cotisations remontent via les Urssaf et les prestations de base sont servies par une CPAM, laquelle liquide également les prestations complémentaires, - les comptes du régime intégré ne retracent que les éléments relatifs à la part complémentaire que le régime intégré attribue ; les cotisations en lien avec la partie complémentaire sont recouvrées par la CAMIEG ; les comptes de la part de base sont intégrés à ceux du régime général, - le régime intégré et le RG se partagent certaines tâches de gestion des prestations, - les comptes de la CAMIEG ne retracent que les éléments relatifs à la part complémentaire entre actifs et inactifs - les comptes de la part de base étant intégrés au RG.	IEG branche maladie
rattachement de la population modèle IV <i>le RG prend en charge le recouvrement des cotisations et délègue le service des prestations des étudiants à des mutuelles, avec distinction dans les comptes de la branche du RG des opérations techniques propres aux étudiants</i>	- les étudiants dépendent du régime général mais la gestion des prestations maladie et maternité dont ils peuvent bénéficier est déléguée par le régime général à des mutuelles, - la CNAMTS procède à une gestion spécifique des opérations techniques au titre des étudiants afin de suivre plus précisément les charges et à en calculer le solde pour facturation aux différents régimes, - la cotisation est versée par les étudiants aux établissements d'enseignement supérieur qui procèdent à un versement unique auprès de l'Urssaf au plus tard le 15 décembre, - les prestations sont servies par les mutuelles délégataires qui perçoivent en contrepartie des remises de gestion, - la trésorerie nécessaire au paiement des prestations est versée aux mutuelles par le régime général.	régime social des étudiants
rattachement de la population modèle V <i>recouvrement des cotisations par le régime intégré et service des prestations par le régime général, sans distinction dans les comptes de la branche du RG de la position de la même branche du régime intégré (excédentaire/ déficitaire) à l'égard de sa population couverte</i>	- le régime général sert les prestations à la population des artistes auteurs, - le régime intégré (AGESSA/MDA) recouvre les cotisations (hors recouvrement contentieux qui relève des Urssaf) qui sont versées sur le compte siège ACOSS quotidiennement, - les comptes de l'AGESSA/MDA ne retracent que les opérations de recouvrement, - les dépenses et recettes relatives à la population des artistes auteurs sont enregistrées dans les comptes de la CNAMTS au même titre que celles des ressortissants du régime général.	régime de sécurité sociale des artistes auteurs

Source : ACOSS

A cette diversité de l'intégration financière des régimes d'assurance maladie autour du régime général, s'oppose le modèle, qui est à l'œuvre en matière de famille, d'une branche financièrement unifiée. La principale différence avec les intégrations financières mises en œuvre pour la branche maladie est que, s'agissant de la branche famille (cf. encadré n° 3), les régimes agricoles enregistrent dans leurs comptes l'ensemble des opérations de prestations et de recouvrement et transfèrent l'intégralité de leurs recettes et dépenses à la caisse nationale du régime général (tenue de la comptabilité pour le compte du régime général).

Encadré n° 3: Les modalités techniques d'intégration financière des régimes agricoles à la branche famille

La CNAF retrace l'ensemble des dépenses et des recettes des régimes dans sa comptabilité, sans distinction. Ainsi :

- le régime agricole sert les prestations à ses affiliés ; la trésorerie nécessaire à ces opérations est obtenue par tirage sur le compte siège de l'ACOSS soit sous la forme d'avances déterminées après déduction du montant des cotisations recouvrées par le régime intégré et dont la périodicité et les modalités sont définies conventionnellement (cas des salariés agricoles), soit sous la forme d'une contribution correspondant au différentiel entre les cotisations et les prestations prévisionnelles de N, versée par acomptes avec une régularisation en N+1 (cas des exploitants agricoles) ;
- le régime agricole recouvre les cotisations afférentes à la branche concernée qui sont, soit versées sur le compte siège ACOSS selon des modalités spécifiques en termes de périodicité et de seuils définis conventionnellement (cas des salariés agricoles), soit conservées par le régime car déduites de la trésorerie qui lui est nécessaire pour le service des prestations (cas des exploitants agricoles).

Source : CNAF et CCMSA

Les différences résultent donc du caractère intégré de la branche famille (universalité des droits, homogénéité des taux de cotisations¹⁸⁶, peu de régimes), mais aussi de l'absence d'enjeu financier associé à la répartition des assurés entre régime agricole et régime général, et donc à leurs dynamiques de dépenses respectives : d'une part, les prestations versées sont uniformes et fondées sur des droits objectifs ; d'autre part, les comptes combinés de la CNAF centralisent l'intégralité des recettes et des dépenses de la branche.

Il ne s'en déduit pas que, pour l'assuré des régimes intégrés financièrement, existe une branche unique : la MSA exerce une gestion déléguée pour ses assurés et il n'existe ni numéro d'allocataire unique, ni fichier unique des assurés. Cependant, le mérite de ce mode d'intégration est de tendre vers une limitation et une neutralité des flux financiers.

III.1.1.3. Un mécanisme, spécifique à certains régimes, de relations financières : la compensation bilatérale maladie

Les régimes qui ne sont pas intégrés financièrement sont pourtant liés au régime général par des mécanismes de solidarité qui sont en pratique des mécanismes alternatifs d'équilibrage, également à l'origine de transferts financiers. Cette solidarité s'appuie sur la compensation bilatérale maladie et constitue une tentative de réponse à la problématique de l'équilibrage de régimes au rapport démographique défavorable.

¹⁸⁶ Ainsi, le rattachement au 1^{er} janvier 2013 des allocataires du régime des IEG à la branche famille universelle s'est assorti d'un alignement du taux et de l'assiette de la cotisation familiale

Il s'agit, comme la compensation généralisée vieillesse, d'un dispositif ancien, institué dans les années 70 et plusieurs fois remanié depuis¹⁸⁷ (cf. encadré n° 4). Il conduit la CNAMTS et les deux seuls régimes non équilibrés (caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, CRPCEN, et régime des agents de la RATP) à effectuer des transferts au profit du régime des agents de la SNCF (géré par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, CPRP) et du régime des mines (géré par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, CANSSM).

L'article 3 de la LFSS pour 2012 a mis en place un dispositif d'écêtement des transferts de compensation bilatérale qui a accru l'équité de traitement des régimes concernés.

Encadré n° 4 : La compensation bilatérale maladie

Le calcul de la compensation consiste à déterminer l'excédent ou le déficit du régime spécial lorsqu'on lui applique les règles de prélèvement de cotisations et les taux moyens de remboursement des prestations maladie en vigueur au régime général. Cette opération se concrétise par un versement du régime spécial en faveur de la CNAMTS en cas d'excédent et par un versement de la CNAMTS en faveur du régime spécial dans le cas contraire.

La méthodologie de calcul des cotisations théoriques diffère selon les régimes. Pour la CPRP SNCF et la RATP : les cotisations de droit commun sont établies à partir de la masse salariale totale à laquelle est appliqué le taux des cotisations maladie considéré comme finançant les prestations en nature (10,1%), le taux de CSG équivalent aux anciennes cotisations maladie, antérieurement à la bascule de cotisations salariales maladie vers la CSG en 1998 (5,8 %), et un taux de 2,5 % pour la CPRP SNCF et de 1,5 % pour la RATP au titre des départs anticipés à la retraite. Il n'y a pas de cotisations sur les revenus de remplacement (pensions). Pour la CANSSM et la CRPCEN, les cotisations de droit commun sont établies à partir de la masse salariale totale à laquelle sont appliqués le taux des cotisations maladie des prestations en nature (10,1%), le taux de CSG équivalent aux anciennes cotisations maladie (5,8 %). Sont ajoutées à ce montant les cotisations sur les revenus de remplacement pour la CANSSM (taux de 4,1 % appliqué à l'assiette des pensions). Il importe de noter que les derniers calculs effectués par la Cour des comptes dans le cadre de l'adossement du régime des industries électriques et gazières ont conduit à des estimations plus élevées du taux des cotisations maladie finançant les prestations en nature (qui serait de l'ordre de 11,5%). Les dépenses de droit commun sont quant à elles établies en appliquant à chaque type de prestations le taux de prise en charge de droit commun. La différence entre les recettes et les dépenses correspond à la compensation bilatérale. Si elle est positive (cas de la CRPCEN et de la RATP), le régime qui est excédentaire verse un montant correspondant à la CNAMTS ; si elle est négative (cas de la CANSSM et de la SNCF), la CNAMTS verse ce montant au régime.

L'article 3 de la LFSS pour 2012 a mis en place un dispositif d'écêtement des transferts de compensation bilatérales qui plafonne le niveau du transfert d'un régime bénéficiaire à son déficit apprécié avant compensation et hors solde de gestion, prestations spécifiques et régularisation de transferts de compensation au titre de l'exercice antérieur. En effet, en l'absence de suivi comptable systématique par les régimes spéciaux de ce qui relève du droit commun d'une part (c'est-à-dire les règles du régime général), et de ce qui relève du droit spécifique d'autre part, les modalités de calcul des compensations bilatérales reposent sur un certain nombre de conventions évoquées précédemment. Il pouvait en résulter une situation où la contribution du régime général allait au-delà de l'objectif d'équilibre des autres régimes. Cette règle d'écêtement des transferts, ces derniers demeurant calculés selon la méthode aujourd'hui partagée entre les parties, permet d'assurer *a minima* que la compensation bilatérale ne conduise pas à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement.

Source : Direction de la sécurité sociale.

¹⁸⁷ La compensation bilatérale avec le régime de la Banque de France a été supprimée en 2008 suite à l'affiliation des agents titulaires et pensionnés du régime au régime général pour les prestations en nature (décret n°2007-406 du 23 mars 2007). La LFSS pour 2011 a supprimé la compensation bilatérale de l'ENIM, ce dispositif étant rendu inutile par l'intégration financière au régime général de la branche maladie du régime.

Deux régimes ne sont donc pas équilibrés, soit en raison de l'adéquation entre leurs recettes et leurs dépenses (CRPCEN), soit en raison de l'équilibre garanti par une subvention de l'employeur (RATP). Dans le premier cas, les cotisations perçues par la caisse et le bénéfice d'une part de CSG, qui représente un tiers des ressources de la caisse, permettent a priori l'équilibre (excédents prévus en 2014 et 2015 après un déficit de 8M€ en 2013). Dans le second cas, c'est un service de la RATP qui ne possède pas la personnalité morale, la caisse de coordination aux assurances sociales (CCAS), qui assure la protection de ses agents actifs et retraités ainsi que de leurs ayants droit contre les risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail ; le régime supporte également le coût du fonctionnement d'un service médical gratuit à la disposition des agents ; les prestations en espèces des assurances maladie et accidents du travail, assimilées à des maintiens de salaire, figurent dans les comptes de l'entreprise RATP et ne sont pas retracées dans les comptes présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale.

III.1.1.4. Un mécanisme général d'équilibrage : la répartition de la CSG maladie

Comme la compensation bilatérale, le mécanisme de répartition de la CSG maladie s'apparente à un équilibrage implicite de la part de la CNAMTS, qui intervient cette fois-ci au profit de tous les autres régimes, y compris ceux qui, intégrés, peuvent bénéficier par ailleurs d'une dotation d'équilibre de la CNAMTS (cf. encadré n° 5 et tableau n° 6).

Encadré n° 5 : La répartition de la CSG maladie

La CSG maladie est répartie entre les régimes selon un mécanisme complexe dont l'origine est liée au basculement intervenu en 1998 entre les cotisations salariales maladie et cette contribution. Les modalités actuelles de répartition de la CSG résultent de la LFSS 2010 qui a modifié les dispositions de l'article L. 139-1 CSS. Le montant alloué à chaque régime (hors CNAMTS) est fondé sur le montant de CSG et de droits sur les alcools qu'il avait reçu en 1998 au titre de la baisse des cotisations maladie¹⁸⁸.

Depuis, les montants de CSG affectés aux régimes d'assurance maladie sont réévalués chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette (tous régimes) de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement entre les deux derniers exercices connus. Ce coefficient ne prend toutefois pas en compte l'évolution du taux de l'abattement pour frais professionnels que la LFSS pour 2012 a fait baisser de 3% à 1,75%. L'évolution des montants effectivement perçus par les différents régimes est donc globalement déconnectée de l'évolution de leur propre masse salariale, ce qui constitue un avantage certain pour les régimes dont la démographie est déclinante (à l'image du régime des mines). La LFSS pour 2000 a également créé une commission de répartition de la CSG chargée de faire le bilan de l'application de la mesure et de proposer, le cas échéant, des modifications de la répartition. La CRPCEN a fait jouer cette possibilité en 2005, considérant que l'évolution de sa masse salariale était largement supérieure à celle de l'assiette de la CSG. En conséquence, le montant qui lui était alloué a été revu à la hausse.

Source : Direction de la sécurité sociale

Sans doute davantage encore que la compensation vieillesse, ce mécanisme peut être questionné du fait des mécanismes d'intégration financière qui existent par ailleurs, et au regard desquels il peut apparaître redondant et source de complexité.

¹⁸⁸ Il avait été constaté, à l'époque, que la hausse d'un point du taux de CSG n'était pas suffisante pour compenser la baisse d'1,3 point de cotisation sociale salariale maladie décidée en 1997 ; aussi, la perte de recettes avait-elle été compensée aux régimes par l'affectation d'une fraction de droits sur les alcools

Tableau n° 6 : Répartition de la CSG affectée à la branche maladie (en Mds€)

Régimes obligatoires d'assurance maladie	2014	2015
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	54,7	56,1
Branche maladie du régime social des indépendants	3,54	3,60
Régime d'assurance maladie des salariés agricoles	1,45	1,48
Régime d'assurance maladie des non salariés agricoles	1,23	1,25
Caisse nationale militaire de sécurité sociale	1,02	1,04
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	0,68	0,70
Caisse autonome nationale de sécurité sociale des mines	0,23	0,23
Caisse de prévoyance et de retraite des clercs et employés de notaires	0,14	0,14
Régie autonome des transports parisiens	0,12	0,12
Etablissement national des invalides de la marine	0,10	0,10
Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes	0,04	0,04
Caisse de prévoyance du personnel du port autonome de Bordeaux	0,00	0,00

Source : Direction de la sécurité sociale

III.1.2. Une évaluation des flux financiers concernés

A la demande du Haut Conseil, l'ACOSS a procédé au recensement, par nature des mouvements, des flux échangés en trésorerie entre elle-même (pour le compte de la CNAMTS ou pour compte propre) et les différents régimes maladie et des flux au sein du régime général opérés pour le compte des autres régimes. En effet, les flux financiers relèvent soit des rapports entre les régimes d'assurance maladie et la CNAMTS – l'Agence n'agissant ici qu'en qualité de gestionnaire de la trésorerie commune - soit des missions propres de l'Agence :

- les flux relevant de la CNAMTS concernent les intégrations financières, la compensation bilatérale maladie et les remboursements par les régimes des avances faites par la CNAMTS pour leur compte (PAM, CNSA, étudiants) ;
- relèvent de la mission propre de l'ACOSS le reversement des cotisations des indépendants (ISU), les recettes centralisées et reversées aux régimes (droits tabac, compensations budgétaires des exonérations, CSG maladie), le versement par les régimes à l'ACOSS ou aux URSSAF de cotisations et contributions (CSG maladie, contributions précomptées, CSA), les échanges liés à la mutualisation des trésoreries sociales (rémunération des dépôts ou octroi d'avances).

Cette étude évalue le volume global financier annuel des flux à plus de 46 Md€¹⁸⁹ dont près de 17 Md€ d'encaissements au compte ACOSS (en provenance des autres régimes) et 29 Md€ de tirages (à destination ou pour le compte des autres régimes)¹⁹⁰.

En premier lieu, les échanges financiers entre la CNAMTS et les régimes s'élèvent à 25,7 Md€, décomposés comme suit :

- 11,4 Md€ en provenance des régimes : 6,6 Md€ au titre du remboursement par les régimes des dépenses engagées par la CNAMTS pour le financement des établissements de santé, du régime étudiant, des cotisations des PAM, du financement du fonds d'intervention régional des ARS et des autres fonds ; 4,7 Md€ au titre des régimes intégrés financièrement (cotisations à ces régimes) ; 110 M€ au titre des compensations bilatérales ;

¹⁸⁹ Hors encaissements en URSSAF en provenance des régimes d'assurance maladie.

¹⁹⁰ Les données peuvent s'écarter d'une approche comptable en cela que les flux de trésorerie ne permettent pas d'apprécier les échanges financiers en droits constatés.

- 14,3 Md€ de tirages au bénéfice des autres régimes : 7,5 Md€ de tirages en CPAM au titre du financement pour compte de tiers de la dotation aux établissements, du régime étudiant et du financement du FIR, 5,6 Md€ au titre des régimes intégrés financièrement (financement de leurs prestations), 1,2 Md€ au titre des dépenses opérées par la CNAMTS pour compte de tiers (financement de divers fonds : FMESPP, EPRUS, ARS, ONIAM, etc.).

Les échanges financiers conjuguent donc des mécanismes d'équilibrage et des mécanismes de répartition des charges (remboursement de dépenses), qui vont apparaître en charges et en dépenses et donc mécaniquement augmenter la masse des échanges financiers concernés.

Au total, les flux échangés entre la CNAMTS et certains régimes au titre des seules intégrations financières se sont élevés en 2014 à 10,3 Md € pour un solde net à la charge de la CNAMTS de 860 M€.

En second lieu, au titre de sa mission propre de trésorerie du régime général, l'ACOSS est au centre de nombreux transferts :

- reversement des cotisations du régime recouvrées par les URSSAF dans le cadre d'une délégation (c'est le cas des cotisations RSI dans le cadre de l'ISU),
- reversement de certaines recettes centralisées par l'ACOSS pour le compte du régime général et pour compte de tiers : recettes fiscales, remboursement par l'Etat de certaines prestations, remboursement par l'Etat d'exonérations ciblées, droits de consommation sur letabac,
- versement par les régimes à l'ACOSS ou aux URSSAF de cotisations et contributions (CSG maladie, contributions précomptées, contribution de solidarité pour l'autonomie)¹⁹¹.

III.2. Des difficultés liées aux règles de mutation et de maintien des droits qui conduisent, en dépit des intégrations financières, à des problèmes d'accès aux droits et à des transferts complexes entre régimes

Seront ici évoqués les enjeux liés aux mutations entre des régimes qui offrent une couverture généralisée identique (prestations en nature de l'assurance maladie), avec des droits qui ne sont pas eux-mêmes liés à la situation professionnelle des assurés.

III.2.1. *Les mutations : un enjeu de gestion important en assurance maladie*

Les règles d'affiliation, conçues dans un contexte de plein emploi et de plus grande stabilité professionnelle des salariés, engendrent des mutations des personnes entre organismes de gestion au prix d'une part d'une complexité pour l'assuré et d'autre part de coûts de gestion des bénéficiaires accrus et dont la pertinence, lorsque les prestations sont harmonisées, peut être discutée.

¹⁹¹ Outre la centralisation et la répartition du produit des taxes et impôts, l'ACOSS a également pour mission de recouvrer directement des cotisations et contributions sociales ; elle centralise ainsi auprès des régimes d'assurance maladie la Contribution de Solidarité Autonomie à destination de la CNSA, mais également une partie de la CSG et de la CRDS précomptées sur les revenus d'activité ou de remplacement. Un certain nombre de régimes versent leurs précomptes en Urssaf.

III.2.1.1. Des recherches, consommatrices de temps, du régime compétent

Depuis la création de la couverture maladie universelle, toutes les personnes ayant une résidence stable et régulière en France sont affiliées, à un titre ou à un autre, à l'assurance maladie obligatoire. En effet, l'article 1er de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) dispose qu'il « est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins pour un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais ».

Les conséquences de ce principe ont été tirées au niveau législatif dans le code de la sécurité sociale :

- toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature est affiliée sans délai au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime (L. 161-2-1)¹⁹² ;
- les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, d'un régime bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du principe de maintien de leur droit aux prestations (L. 161-8), sauf à ce qu'elles cessent de remplir la condition de résidence (L. 165-15-1). En ce cas, elles doivent en informer leur caisse et restituer leur carte Vitale (L. 161-15-4) ;
- si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à la date effective de la mutation (L. 161-15-2).

En théorie, la couverture doit donc être continue dès lors que la personne a été affiliée et que les conditions de résidence sont respectées. Il ne devrait donc jamais y avoir de rupture de droits, par exemple lors du passage d'une mutuelle étudiante à une CPAM, contrairement à ce qui est constaté quotidiennement. En pratique, cependant, les agents en charge de la gestion des droits peuvent passer un temps important – et que l'on peut fondamentalement juger inutile puisque les droits seront *in fine* ouverts – à affecter les dossiers au bon organisme, au prix d'interruptions de droits. Cette situation résulte de ce que la vérification des droits continue à être opérée en fonction de classements professionnels, qui sont requis pour déterminer la contribution au régime et l'organisme gestionnaire de l'assuré, mais qui ne devraient avoir aucun effet sur l'accès aux droits.

Or le nombre d'affiliés et le montant de leurs dépenses est déterminant tant pour les ressources des régimes que pour le calcul de leurs charges de gestion, coûts de fonctionnement et indices de performance (et donc des effectifs qui leur seront accordés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion) ainsi que, lorsqu'ils sont intégrés, pour la détermination du montant de la dotation d'équilibre de la CNAMTS. Les régimes sont donc incités par ces procédures, au moins pour les deux premiers motifs, à être vigilants sur le périmètre de leurs affiliés et le montant de leurs dépenses.

¹⁹² La CPAM pouvant, le cas échéant, saisir l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

III.2.1.2. Des coûts de gestion importants pour les caisses d'assurance maladie

La complexité des règles en matière d'ouverture des droits, qui reposent toujours sur des critères d'activité, explique pour partie le niveau des coûts de gestion ; mais la diversité des régimes et des caisses en est un autre facteur explicatif. La gestion des droits et des prestations est répartie entre de multiples opérateurs dont les bases de données ne sont pas coordonnées, y compris au sein d'un même régime. Dès lors, tout déménagement hors du ressort géographique de la caisse locale et tout changement de régime (associé à un changement d'employeur, à la perte d'emploi, à des études supérieures) engendre une mutation interne à un régime ou une mutation externe vers un régime dit « preneur ». La recherche de la « bonne » affiliation entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire est donc à la fois liée aux règles d'ouverture des droits et à la segmentation de ce secteur. Elle engendre des incertitudes juridiques pour les bénéficiaires qui peuvent ralentir ou rendre plus complexe leur prise en charge.

Selon le rapport de la mission IGAS/IGF relative aux coûts de gestion de l'assurance maladie, en 2012, 7,21 millions de mouvements de mutation ont ainsi été recensés pour l'ensemble de l'assurance maladie obligatoire (AMO). La mission a estimé à 1 800 les emplois en équivalent temps plein (ETP) affectés à leur traitement, soit des coûts atteignant 90 M€ par an¹⁹³. 2,31 millions de mutations entre régimes ont été effectuées, soit un taux annuel de 3,3 % (cf. tableau 7).

Tableau n° 7 : Volumétrie des mutations et affiliations effectuées en 2012 (maladie)

Catégorie de mouvement d'affilié	Nombre de mouvements en 2012	Délai unitaire de gestion	ETP
Mutations internes à un organisme	2 698 701	0,33	665
Mutations sortantes vers d'autres organismes	2 308 906	0,33	569
Mutations entrantes issues d'autres organismes	2 308 906	0,33	569
<i>Nouvelles affiliations</i>	<i>1 067 949</i>	<i>1</i>	<i>790</i>
Ensemble des mouvements	8 384 462	0,42	2 593

Source : IGAS/IGF, « Les coûts de gestion de l'assurance maladie », calculs à partir des données du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

Les régimes les plus concernés, proportionnellement à leur taille, sont le « régime » étudiant et le RSI. Dans les deux cas, les mouvements sont majoritairement effectués vers ou en provenance des CPAM¹⁹⁴.

Le statut de transition du « régime » étudiant se traduit par des mouvements inter-régimes particulièrement nombreux et qui peuvent paraître paradoxaux eu égard au rattachement de cette population au régime général. Avec 2 millions de bénéficiaires, le « régime » étudiant ne représente que 2,6 % des bénéficiaires et 3,7 % des assurés de l'assurance maladie obligatoire, mais est à l'origine de 20,6 % des mutations sortantes et 21,5 % des mutations entrantes.

¹⁹³ IGAS/IGF, « Les coûts de gestion de l'assurance maladie », septembre 2013. Les mutations sont comptabilisées à travers les demandes de rattachement au RNIAM, répertoire national qui donne pour chaque numéro d'identification d'un bénéficiaire (NIR) l'identité de sa caisse.

¹⁹⁴ *Ibid.* Selon le rapport, les CPAM couvrent 74 % des bénéficiaires de l'assurance maladie (source : RNIAM). Pour le RSI, 92 % des mouvements entrants et 87 % des mutations sortantes sont effectués avec les CPAM. Pour le régime étudiant, ces proportions s'élèvent respectivement à 76 % et 86 %.

En outre, les transferts au sein du « régime » (903 658 recensés, soit 33,5 % des mutations internes du secteur) sont élevés : ils résultent de l'obligation de réaffiliation annuelle des étudiants, qui n'existe pas pour les autres régimes. Avec au total 1,89 millions de mouvements (nouvelles affiliations, entrées ou sorties) réalisés en 2012, d'après les statistiques de demandes de rattachement au RNIAM, le régime étudiant représente 22,5 % des opérations de gestion de ce type (sur 8,38 millions tous régimes confondus). Le récent partenariat noué par la mutuelle des étudiants (LMDE) avec la branche maladie pourrait permettre de simplifier ces procédures pour la partie de ce public affiliée à cette mutuelle (cf. encadré n° 6). Cette évolution devrait permettre, d'une part, d'assurer la couverture de l'étudiant tout au long de sa scolarité, même s'il est amené à déménager, et d'autre part, de faciliter la gestion des changements de régimes associés à une évolution de la situation de l'étudiant.

Encadré n° 6 : « L'adossement » de la mutuelle des étudiants (LMDE) à la CNAMTS

Le partenariat entre la CNAMTS et la LMDE annoncé le 28 mai 2015 prévoit que le régime général assurera la gestion directe de l'ensemble des activités sociales du régime obligatoire, depuis l'ouverture des droits jusqu'au versement des prestations, en intégrant la gestion des changements de situation, le suivi de la carte Vitale et la relation client. A partir du 1er octobre 2015, la CNAMTS reprendra ainsi l'ensemble des activités d'ouverture et de gestion des droits des assurés (immatriculation, délivrance de carte vitale...), de gestion des prestations (remboursements et contrôles) et des contacts et des réclamations (téléphonique, physique, gestion de la relation assurés et tiers, gestion du courrier et des emails). A la différence des assurés du régime général dont les droits sont gérés par les caisses de leur département de domiciliation, les étudiants seront rattachés à un centre de gestion unique, national, quel que soit leur lieu de résidence. La gestion des activités de traitement des dossiers du régime obligatoire étudiant sera confiée à trois caisses primaires d'assurance maladie (Rennes, Poitiers et Créteil).

La LMDE restera en charge de l'accompagnement des processus d'affiliation lors des inscriptions universitaires, ainsi que des actions de prévention. Les étudiants affiliés à la LMDE pourront ouvrir un compte Ameli (information sur les remboursements et décomptes / accès à des démarches en ligne comme la demande de carte européenne ou de renouvellement de la carte Vitale).

Source : dossier de presse du 28 mai 2015

Concernant les affiliations au RSI, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a défini un régime de simplification des règles applicables, notamment pour les poly-actifs relevant de plusieurs régimes au cours de l'année civile : le droit va évoluer d'un régime fondé sur l'activité principale au principe de maintien du poly-actif dans son régime d'origine, l'assuré pouvant demander le changement à titre d'option (cf. encadré n° 7).

Encadré n° 7 : La modification en 2015 des règles d'affiliation des travailleurs indépendants

L'article 9 de la LFSS pour 2015 simplifie les règles d'affiliation, notamment pour les travailleurs indépendants, en prévoyant que :

– les personnes qui exercent deux activités et celles qui à la fois exercent une activité et perçoivent une pension de retraite ou d'invalidité, lorsqu'elles relèvent à l'un de ces titres de l'assurance maladie du RSI ou du régime des non salariés agricoles, bénéficient, dans des conditions fixées par décret, des prestations en nature de l'un ou l'autre des régimes d'assurance maladie auxquels ils sont affiliés. La possibilité sera ouverte à ces assurés d'opter pour le régime qui leur sert ces prestations ;

(suite encadré 7)

- les travailleurs indépendants exerçant deux activités non salariées, l'une non agricole et l'autre agricole, sont affiliés à un seul des régimes de non salariés dans des conditions fixées par décret ;
- les bénéficiaires du nouveau régime micro-social, tel qu'issu de la loi « ACTPE » (dont les auto-entrepreneurs), sont affiliés au RSI à la date à compter de laquelle ils relèvent des régimes micro-fiscaux et non plus à la date à laquelle ils déclarent un premier chiffre d'affaires positif ;
- des règles de coordination entre régimes d'assurance maladie sont instaurées par décret pour les pluri-pensionnés.

Source : exposé des motifs de l'amendement gouvernemental présenté en PLFSS pour 2015

III.2.1.3. Des procédures de gestion des mutations peu dématérialisées

La mutation inter-régimes nécessite que les régimes se communiquent l'identité ainsi que certaines informations médico-administratives utiles à la liquidation des remboursements avant que, à la diligence du régime de destination, le RNIAM soit informé en vue du changement d'immatriculation et de la mise à jour de la carte Vitale. La mission IGAS /IGF pré-citée a cependant relevé que les mutations entre caisses sont loin d'être fluides et efficaces : les transferts d'un régime à l'autre demeurent complexes pour les assurés et coûteux pour l'assurance maladie obligatoire.

Cette situation résulte notamment :

- de la structuration interne des régimes et de la segmentation des bases de données entre les caisses locales. Aujourd'hui, pour des raisons de performance et de sécurisation, les bases de gestion uniques et nationales sont rares dans le champ de la protection sociale. Les systèmes d'information s'appuient sur des référentiels nationaux qui ne comportent pas les informations de gestion (beaucoup plus lourdes et exigeantes en terme d'exploitabilité) : si les bases de gestion peuvent être regroupées/rapprochées, elles restent généralement régionales. Ce constat se vérifie pour les acteurs majeurs des régimes de base en santé, retraite et famille¹⁹⁵ ;
- du manque d'automatisation des échanges entre régimes. Les changements internes (mutations intra-régimes) sont aujourd'hui largement automatisés au sein des régimes les plus importants : chaque fois qu'un assuré change de caisse de gestion au sein du même régime, celui-ci procède à une mutation interne (changement de base de gestion), ce qui permet à la caisse « preneuse » de reconstituer directement le dossier de l'assuré (sa situation personnelle, administrative et ses droits). Il en va différemment entre régimes (mutations inter-régimes) : il est le plus souvent demandé à l'assuré de communiquer ses données personnelles et les justificatifs correspondants à son nouveau régime d'affiliation.

La gestion des mutations est donc complexe, et ceci d'abord pour l'assuré. Des changements de situation (lieu de résidence, situation professionnelle) peuvent donner lieu à des difficultés d'identification des droits, d'obtention et d'actualisation des cartes Vitale, voire de délais dans le remboursement des prestations, en dépit des règles qui prévoient le maintien de droits pendant une période de douze mois à partir de la date à laquelle les conditions ne sont plus remplies¹⁹⁶.

¹⁹⁵ Des évolutions, et notamment des rapprochements des systèmes d'information des régimes, sont en cours mais ne permettent pas, en l'état actuel des choses, de disposer d'une base unique des assurés pour la gestion de leurs prestations.

¹⁹⁶ Un décret du 27 décembre 2013 modifiant l'article R. 313-2 du code de la sécurité sociale a allégé les conditions annuelles d'ouverture du droit aux prestations en nature en ramenant les conditions exprimées en heures travaillées ou en

En outre, les assurés peuvent parfois être amenés à ré-adresser à leur nouvel organisme des justificatifs qu'ils avaient déjà communiqués auparavant à leur organisme gestionnaire précédent.

III.2.2. Les limites d'une comparaison avec la branche famille

Alors même que, dans les deux cas, la couverture est en réalité assurée pour l'ensemble de la population, le contraste avec la branche famille où les procédures de gestion des mutations inter-régimes, plus réduites quantitativement (échanges entre CAF et caisses de MSA), sont davantage dématérialisées et sans enjeu financier (hors coûts de gestion) est évident.

Cependant, les problématiques sont en réalité assez différentes, au double plan de l'intégration financière de la branche et de la gestion des mutations.

L'intégration financière de la branche famille maintient à cet égard une identification comptable distincte au sein des comptes de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole : celle-ci tient la comptabilité, par branche et par régime, recouvre les cotisations et transfère à la CNAF l'intégralité de ses recettes et de ses dépenses famille, via des balances mensuelles et annuelle. Dans le cadre de la commission des comptes de la sécurité sociale cependant, les charges et produits de la branche famille des régimes agricoles sont pris en compte par la CNAF, dans une présentation unifiée. La gestion des allocataires des prestations familiales et de logement reste quant à elle clairement séparée : le référentiel des bénéficiaires CNAF ne prend pas en compte les allocataires MSA : si les dépenses et recettes de la branche sont *in fine* unifiées comptablement, il n'y a pas de compte assuré unique et c'est le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) qui fait le lien entre les bases. Enfin, il faut relever que c'est au sein des caisses ou de leurs centres techniques informatiques que sont gérés les comptes assurés : la problématique de mutation MSA/CAF est donc de même nature que celle des mutations entre CAF, au moins en gestion.

La différence avec l'intégration financière à l'œuvre dans la branche maladie réside dans le fait que, dans ce dernier cas, les échanges se font par voie de dotation, après constat de la situation d'équilibre ou de déséquilibre du régime, et que les politiques de gestion du risque visent à responsabiliser les régimes sur leurs dépenses. Pour la famille, à l'inverse, les enjeux financiers des mutations inter-régimes sont négligeables (consolidation des dépenses et charges par la CNAF) – même si peut se poser la question, relevée par la Cour des comptes, de la responsabilité des régimes (contrôles de la CNAF sur les opérations de la MSA).

Les mutations inter-régimes sont par ailleurs objectivement plus complexes en maladie, notamment en raison des franchises et compteurs, du choix du médecin traitant ou de la prise en charge plafonnée des substituts nicotiniques. Lorsque l'assuré figure dans ses bases de données (assuré du régime général ou d'un régime en infogérance), il faut noter que le régime général gère plus aisément la mutation en maladie alors que des échanges non dématérialisés sont requis dans l'hypothèse inverse. Cependant, il y a plus rarement, en famille, de ruptures de droits car ceux-ci sont maintenus pendant deux mois, le temps d'instruire la mutation (sauf pour le RSA, les allocations logement, les prestations extralégales).

« assiette cotisée » de respectivement 1 200 heures ou 2 030 SMIC à 400 heures ou 400 SMIC. Il a également étendu la durée des droits aux prestations en nature, dès lors que les conditions d'ouverture sont remplies, à trois ans au total (deux ans de droits et un an de maintien des droits) contre deux ans auparavant (un an de droits et un an de maintien des droits). Enfin, il a étendu à dix-huit mois la durée pendant laquelle sont présumées remplies les conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature pour les travailleurs salariés ou assimilés entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée ou assimilée.

La CNAF et la CCMSA ont engagé une collaboration pour parvenir à une dématérialisation des échanges de données requis pour ces mutations. Les gains attendus concernent l'harmonisation des pratiques inter-régimes, les gains de productivité et bien sûr la simplification des démarches des adhérents et la continuité de leurs droits. Ce projet souligne que la définition d'une même norme d'échange peut permettre à tous les régimes qui ont dématérialisé leurs mutations internes d'envisager le même processus pour les mutations externes (cf. Encadré n° 8).

Encadré n° 8 : Les mutations inter-régimes au sein de la branche famille

Il y a environ 15.000 mutations inter-régimes dans l'année (à rapprocher des 860.000 mutations entre CAF).

La MSA est désormais reconnue dans le système d'information, comme un organisme susceptible de recevoir une mutation électronique, une sorte de CAF supplémentaire avec des adresses différentes selon le lieu de résidence ou d'activité de la personne faisant l'objet de la mutation. Pour s'appuyer sur des briques existantes, la procédure électronique (structure et contenu des flux) de mutation entre CAF a été retenue pour ces échanges dématérialisés. L'automatisation concerne aussi bien le processus de mutation sortie que celui de mutation entrée des prestations familiales et des créances (indus) du groupe familial. La procédure automatisée sera la même que l'assuré change de CAF ou qu'il change de régime.

Le passage de procédures papier à une intégration directe dans les SI (flux électronique) ne dispensera cependant pas l'assuré de toute démarche (demandes de confirmation des situations : séparation, nouvel enfant) car il n'y a pas de compte unique partagé au sein de la branche, le répertoire unique des bénéficiaires n'étant pas utilisé par la MSA. L'assuré indiquera à l'organisme sortant qu'il déménage ou qu'il change de régime et la caisse de gestion procédera au transfert de son dossier, sans reliquidation avec une continuité de paiement des prestations.

Les déclarations de l'allocataire à l'origine des mutations inter-régimes sont la déclaration d'un changement de situation professionnelle, de situation familiale ou d'allocataire au sein du couple.

Un web-service est mis à disposition de chaque organisme pour déterminer l'organisme « prenant », côté CAF et/ou MSA. En pratique, une fois connu l'organisme prenant, l'organisme cédant émet un certificat de mutation contenant toutes les informations concernant la situation connue de l'allocataire (et le cas échéant, un bordereau de créances) à destination de l'organisme prenant ainsi qu'une attestation de mise à jour de la situation contenant le nom et l'adresse de l'organisme prenant à destination de l'allocataire. L'allocataire doit renvoyer cette attestation complétée à la caisse prenante dans les 2 mois faute de quoi ses prestations sont suspendues.

Les échanges se mettront en place courant 2016.

Source : CNAF et CCMSA

III.3. Une unification financière accrue qui pourrait emprunter plusieurs modalités, affectant à des degrés divers l'organisation des régimes et leurs liens avec leurs assurés

L'ambition de réduire les transferts financiers entre les régimes, l'objectif de refonder la couverture maladie en nature pour l'adapter à la mutation qu'elle a connue vers une protection universelle, dépourvue de caractère professionnel, et le besoin de simplifier les démarches des assurés sont autant de motifs qui militent pour une unité accrue de la branche.

La mise en œuvre de ces objectifs peut cependant revêtir plusieurs modalités impliquant des réorganisations d'ampleur plus ou moins forte. Avec l'appui d'un groupe technique réunissant le secrétariat général du HCAAM, la DSS, l'ACOSS, les trois régimes membres de l'UNCAM et la CNAF, un premier examen a permis de dégager plusieurs scénarios qui sont certes alternatifs, à court terme, mais qui peuvent aussi être envisagés, dans une perspective plus longue, comme d'éventuelles étapes successives, allant d'une simplification des transferts financiers à la fondation d'un régime universel d'assurance maladie pour les prestations en nature.

Ces scénarios font ici l'objet d'une première appréciation technique, sachant que des études plus approfondies seraient à conduire préalablement à une éventuelle mise en œuvre.

Il convient à cet égard de noter que l'appréciation complète de ces scénarios dépasse le champ de compétences du Haut Conseil, notamment sur certaines pistes, qui sont apparues dans d'autres rapports et impliquent des modifications d'ampleur de l'organisation de l'assurance maladie. En effet, les fonctions de l'assurance maladie embrassent un spectre large¹⁹⁷ qui excède, et de loin, les seuls enjeux financiers, même si des modifications du financement peuvent avoir un impact sur leur exercice. Présentes dans le débat public, ces propositions seront cependant mentionnées dès lors qu'elles proposent des évolutions susceptibles de simplifier le financement de l'assurance maladie.

III.3.1. Une voie préalable : la réforme des mécanismes actuels de solidarité financière entre les régimes

Sans création formelle d'un régime unique d'assurance maladie et sans conséquences pour les assurés ou la gestion des caisses (hors domaine financier), cette réforme tendrait à achever le mouvement d'intégration financière de la branche selon des modalités qui ont déjà partiellement été mises en œuvre. Il s'agirait donc, en premier objectif, de tirer les conclusions des intégrations intervenues pour rationaliser les transferts entre régimes d'assurance maladie, et en particulier les mécanismes de solidarité existants que sont les intégrations financières, la compensation bilatérale maladie et la répartition de la CSG maladie (*cf. supra*, § III.1.).

Compte tenu de l'extension progressive des intégrations financières, qui concerne désormais les principaux régimes, notamment de non-salariés, et des limites des deux autres instruments, ceux-ci pourraient en effet être complètement reconsidérés.

III.3.1.1. Des réformes limitées à la répartition de la CSG maladie et à la compensation bilatérale, aux implications probablement limitées sur la simplification du financement

Concernant la compensation bilatérale, le montant du transfert entre la CNAMTS et chaque régime concerné est fixé sur la base d'un compte théorique du régime censé reprendre les taux de remboursement des prestations et les règles de prélèvement en vigueur dans le régime général. L'application du dispositif de l'écrêtement achève de la rapprocher d'une dotation d'équilibre, calculée sur le champ total du régime spécial, c'est-à-dire, le cas échéant, y compris sur le champ des prestations spécifiques qu'il sert.

¹⁹⁷ Assujettissement (rattachement obligatoire à l'un des régimes de la Sécurité Sociale en fonction de son statut : salarié, professionnel libéral...) et de son activité ; affiliation (rattachement à un organisme gestionnaire dans le régime d'assujettissement en fonction de critères propres à ce dernier : lieu de résidence, localisation du siège de l'entreprise...) ; ouverture des droits ; gestion des droits (situation médico-administrative notamment) ; liquidation et paiement des prestations en espèces ou en nature ; gestion de la relation avec l'assuré ; prévention et action sociale.

La fin de la compensation généralisée et le fait que la compensation ne concerne plus, outre la CNAMTS, que deux régimes créditeurs (SNCF, mines) et deux régimes débiteurs (RATP, CRPCEN) plaident pour qu'un terme soit mis à ce dispositif. De surcroît, les coopérations des régimes concernés avec les autres organismes d'assurance maladie se sont accrues, notamment en matière informatique¹⁹⁸, ce qui facilite cette perspective.

Concernant la CSG maladie, ce système constitue de fait une subvention déguisée de la CNAMTS aux régimes dont la démographie est déclinante. En effet, la CNAMTS est affectataire du reliquat de CSG existant après qu'ont été prélevés les montants dus aux autres régimes. Doit en outre être noté le caractère redondant de ce mécanisme implicite d'équilibrage : un régime peut bénéficier d'une part « excessive » de CSG, au détriment de la CNAMTS, alors même que, s'il est financièrement intégré, il bénéficiera dans un deuxième temps d'une dotation d'équilibre de la même CNAMTS.

Un principe plus lisible consisterait à ce que chaque régime conserve le montant de CSG effectivement versé par ses affiliés (ainsi, éventuellement, que ses cotisants)¹⁹⁹. De premières simulations font cependant apparaître, pour les régimes spéciaux concernés par la compensation bilatérale, des pertes importantes de recettes, notamment pour le régime des mines et la SNCF. Les conséquences financières de cette hypothèse invitent donc à ne pas la considérer isolément mais à la prendre en compte dans le cadre plus vaste d'une intégration directe des régimes.

En effet, la difficulté à faire évoluer ces deux dispositifs milite plutôt pour privilégier la voie d'intégrations supplémentaires ou d'un rattachement des populations concernées au régime général.

III.3.1.2. L'aboutissement de l'intégration des régimes : un objectif atteignable à court terme

Cet élargissement de l'intégration financière au régime général aux régimes qui ne le sont pas encore pourrait s'effectuer en remplaçant la compensation bilatérale maladie et le mode actuel de répartition de la CSG par une dotation d'équilibre unique, qui serait plus lisible.

Cette démarche pourrait ultérieurement être aussi l'occasion de réfléchir au financement des avantages spécifiques de certains de ces régimes, comme cela avait été le cas lors de l'intégration du régime maladie des agents des IEG²⁰⁰.

Au plan comptable et de la trésorerie, l'intégration pourrait prendre la forme retenue actuellement pour les autres régimes d'assurance maladie : la CNAMTS continuerait à enregistrer le résultat comptable (le solde net) de chaque régime en charges (en cas de déficit du régime intégré) ou en produits (en cas d'excédent) dans un compte de transfert.

¹⁹⁸ La mutualité sociale agricole assure l'infogérance des régimes de la RATP et de la SNCF et la CNAMTS celle de la CRPCEN. A partir du 1^{er} juillet 2015, la CNAMTS se verra confier, pour le compte du régime minier, l'essentiel des processus maladie (gestion des bénéficiaires et relations avec les affiliés, service des prestations en nature et espèces, gestion du risque, contrôles et lutte contre la fraude), tout en liquidant dans le respect des droits spécifiques attachés au régime (exonération des franchises et participations forfaitaires notamment).

¹⁹⁹ Ce mécanisme est d'ores et déjà celui appliqué aux régimes des assemblées (Assemblée nationale et Sénat).

²⁰⁰ Le décret n° 2007-489 du 30 mars 2007 modifiant les articles 23, 25 et 31 du statut national du personnel des industries électriques et gazières a permis de distinguer une couverture de base et une couverture complémentaire (dont les prestations sont servies par la CPAM en charge du régime de base). Sur une base non plus professionnelle mais territoriale, le régime d'Alsace-Moselle offre un autre exemple de couverture obligatoire et articulée d'une protection de base et d'une protection complémentaire.

Cependant, la perspective de l'intégration financière de l'intégralité des régimes (hors régimes des assemblées qui font l'objet d'une gestion autonome) pourrait plutôt conduire à privilégier le schéma retenu au sein de la branche famille : la CNAMTS, tout comme le fait actuellement la CNAF s'agissant des salariés et exploitants agricoles, combinerait à ses comptes les flux de charges et de produits de chacun des régimes d'assurance maladie. Tous les ans, au moment de la clôture des comptes, et dans l'intervalle, tous les mois dans le cadre de l'élaboration des comptes mensuels, chaque régime financièrement intégré transmettrait une balance comptable qui viendrait compléter celle de la CNAMTS.

Cette dernière solution a le mérite de la lisibilité. Elle mettrait en évidence l'unité financière de la branche, aucun régime ne supportant d'excédent ou de déficit et les comptes étant unifiés et consolidés pour fournir un reflet global de la situation de l'assurance maladie. Elle pourrait enfin favoriser une harmonisation des politiques de gestion du risque et de maîtrise des dépenses poursuivies par les régimes.

Cette réforme serait neutre pour les assurés et donnerait corps à l'unité financière de la branche. Elle suppose en parallèle une identification précise des droits spécifiques attachés aux régimes concernés et la définition de leur mode de financement. Elle ne présente pas, par ailleurs, de difficulté opérationnelle au plan informatique.

III.3.2. Un approfondissement possible de la démarche : deux premiers scénarios visant à une unification financière de la branche maladie sans modification des structures de gestion

Ces deux premiers scénarios ici examinés s'inscrivent dans l'hypothèse, à structures de gestion inchangées, d'une unité financière accrue de la branche maladie, accompagnée d'une simplification et d'une stabilisation des règles d'affiliation des assurés.

Il s'agirait dans ce premier type de scénarios de compléter l'option d'intégration financière des régimes évoquée au § III.3.1 précédent par l'adoption de mesures visant au premier chef à simplifier les procédures d'affiliation et d'ouverture des droits pour les assurés.

Ainsi, au plan financier, les charges et les produits des régimes seraient remontés pour consolidation dans les comptes de la branche unifiée (CNAMTS).

Au plan de la gestion, les régimes conserveraient leurs fonctions en matière de gestion des droits, de liquidation et de paiement des prestations, d'accueil des assurés, d'action sociale et de prévention. En revanche, la répartition des rôles pourrait être adaptée pour l'affiliation. Deux options sont envisageables en la matière.

III.3.2.1. Scénario 1 : une intégration financière et une simplification des mécanismes d'affiliation

Dans le cadre institutionnel actuel et afin de limiter les mutations entre régimes, les cas d'interruptions de droit et la gestion des cas les plus complexes (pluri-actifs, activités alternées, étudiants, ayants droit), la réforme financière serait associée à une simplification d'ampleur des mécanismes d'affiliation.

Elle ciblerait prioritairement les cas les plus fréquents (passage de salarié à indépendant, d'étudiant à salarié), en prévoyant une stabilisation des régimes d'affiliation les concernant (maintien dans le régime d'origine, droit d'option...), dans la poursuite et l'amplification des réformes déjà entreprises (cf. Encadré n° 7).

III.3.2.2. Scénario 2 : une intégration financière et un régime unique d'affiliation

La même ambition de simplification pourrait conduire, de façon plus ambitieuse, à retenir le principe d'un régime unique d'affiliation, la gestion de ces droits étant ensuite assurée par les organismes de gestion actuels.

S'il est envisageable de conserver une grande part des règles actuelles qui prévalent en matière d'affiliation pour la ventilation des assurés entre les régimes de gestion sur une base professionnelle (en gestion des droits), cette unification du régime d'assurance maladie d'affiliation (qui s'appliquerait aux seules prestations en nature) trouverait davantage d'effet avec une redéfinition des règles d'ouverture des droits, selon deux variantes possibles :

- ✓ Variante 1 : des mécanismes simplifiés et stabilisés de répartition entre régimes gestionnaires

On pourrait ainsi envisager de garantir le maintien de l'assuré pendant une période fixe dans le premier régime gestionnaire, quelle que soit son évolution professionnelle au cours de la période, ou d'introduire un droit d'option au terme d'une période à déterminer, notamment pour les poly-actifs.

- ✓ Variante 2 : l'association à cette répartition entre régimes gestionnaires d'une réforme plus ambitieuse des règles d'affiliation concrétisant la notion de « régime universel ».

La simplification du droit pourrait ainsi aller jusqu'à l'adoption du critère de résidence stable et continue comme principe d'affiliation au régime général. Ne seraient alors couverts par les autres régimes que les personnes ayant des droits ouverts dans ces régimes au titre des prestations en espèces, et qui en feraient la demande. La condition de résidence serait alors envisagée prioritairement, pour l'affiliation au régime général, et la condition d'activité de façon secondaire et optionnelle : serait donc fondé un droit universel aux prestations en nature avec une pluralité d'organismes gestionnaires. Dans ce cadre, une individualisation des droits des assurés à partir de l'âge de 18 ans serait envisageable dans la logique même de la réforme, et pourrait être étendue à la prise en compte des conjoints, sans avoir besoin de recourir, pour l'accès aux prestations maladie en nature, à la notion d'ayant droit.

La CMU de base pourrait aussi en corollaire être supprimée au profit de cette affiliation universelle à l'assurance maladie, sachant que resterait néanmoins à examiner le point des cotisations à verser par les personnes qui bénéficient actuellement de ce dispositif²⁰¹.

III.3.2.3. Une première analyse de l'impact des deux variantes sur les régimes et leurs assurés

Pour ces deux premiers scénarios, l'articulation à opérer entre cette intégration accrue du régime des prestations de santé en nature et les dispositifs de gestion des prestations en espèces ou des accidents du travail est un sujet essentiel.

L'idée d'un régime unique d'affiliation conduit en principe à dissocier les cotisations, recouvrées par le régime d'affiliation de l'entreprise, et les prestations versées par le régime gérant les droits maladie de l'assuré, ces deux régimes pouvant ne plus être les mêmes. Le lien entre ouverture des droits et cotisations serait donc rompu pour tenir compte du caractère universel des prestations en nature de l'assurance maladie.

²⁰¹ La CMU de base est gratuite lorsque les revenus sont inférieurs à un plafond de ressources, fixé en 2015 à 9601€, et qui s'applique au dernier revenu fiscal de référence. Lorsque les revenus sont supérieurs à ce plafond, une cotisation de 8% est appelée sur le même revenu fiscal de référence, déduction faite des 9601€ du plafond d'exonération.

Dès lors, l'intégration financière évoquée au § III.3.1 est bien un préalable indispensable qui garantit que les cotisations, quel que soit le régime de recouvrement, financeront les comptes combinés de la branche. En matière de financement, devra être envisagé le mode de financement des prestations en espèces, non affectées par les scénarios de réforme étudiés. La réflexion peut aussi conduire à dissocier au sein de la cotisation employeur maladie la part relevant des prestations en nature et celle relevant des prestations en espèces – cette dissociation étant implicitement déjà faite pour les cotisations salariales maladie dont le taux n'est plus que de 0,75% dans le régime général.

En gestion et compte tenu de leur caractère professionnel, il serait probablement complexe d'étendre certaines des modalités simplificatrices envisagées (maintien prolongé dans le régime d'entrée, droit d'option) à la couverture des prestations en espèces ou des ATMP. Le maintien d'une unicité de régime compétent entre le salarié et l'employeur pour la couverture de ces risques impliquerait alors qu'une même personne pourrait dans certains cas relever de régimes différents (un salarié agricole pourrait être couvert par une caisse de MSA pour ses indemnités journalières et par une CPAM pour le remboursement de ses dépenses de soins). Il serait important que cette éventualité ne concoure pas à confronter les assurés à une complexité supplémentaire, ce qui soulève des enjeux de gestion. Des modes de coopération devraient être établis entre régimes de prestations en nature et régimes de prestations en espèces, notamment pour assurer une gestion cohérente des dossiers de l'assuré (par exemple en matière d'intervention du contrôle médical sur les IJ et l'invalidité). On peut cependant relever que de nombreux régimes publics s'auto-assurent sur le risque arrêt de travail ou AT/MP et que cette déconnection entre prestations en nature et prestations en espèces existe déjà dans le paysage de la protection sociale.

Il convient de noter que certaines modalités envisagées (droit d'option) pourraient aussi avoir pour effet de créer un effet de concurrence entre régimes. Celui-ci n'est pas inédit au sein de la sécurité sociale : il a existé pour les exploitants agricoles en matière de couverture maladie et accidents du travail jusqu'à l'adoption de l'article 82 de la LFSS pour 2014.

Les effets en sont difficiles à anticiper mais on peut penser que ce sont les performances de gestion et la qualité des processus de remboursement et de l'accueil qui pourraient être valorisées par les assurés ; les régimes pourraient alors être conduits à redéployer des emplois consacrés à la vérification des conditions d'ouverture des droits vers des activités plus directement en lien avec la qualité de service.

Enfin, ce type de réforme, en particulier la création d'un droit d'option sur une base professionnelle, serait source de simplifications pour certaines populations connaissant des situations ou des trajectoires instables ou précaires : situations professionnelles entrecoupées de périodes de chômage, saisonniers, étudiants travaillant sur des périodes courtes... Elle ne résout cependant pas l'intégralité des problématiques associées aux mutations entre régimes pour la gestion des droits des assurés : la question des données médico-administratives et des informations bancaires demeurerait. A court terme, cette gestion pourrait être facilitée par des échanges dématérialisés entre organismes et un accès ponctuel, à la demande de la part de l'organisme preneur, aux pièces justificatives conservées dans l'organisme d'origine. A moyen terme, les formules envisagées dans la variante 2 auraient pour effet de diminuer le volume de ces mutations.

III.3.2.4. L'effet facilitateur d'un fichier commun ou unique des assurés

La mise en œuvre de ce premier type de scénarios serait facilitée par la constitution d'un fichier unique des assurés, partagé entre les régimes et destiné à faciliter leur gestion des mouvements des assurés et à mieux appréhender les dépenses qu'ils prennent en charge. S'il est notable qu'un tel outil est aujourd'hui absent de la branche famille, il constitue néanmoins la cible logique et de moyen terme de ces évolutions financières et de mode de gestion. Ce fichier unique d'assurés maladie pourrait, dans une dernière étape plus intégratrice, être associé à un compte assuré unique, facteur d'une plus grande visibilité.

Au niveau des systèmes d'information, cette option peut se décliner en deux variantes, selon que l'on considère le fichier unique comme une brique supplémentaire (« esclave ») alimentée par le SI (« maître ») de chaque régime ou comme une brique qui se substitue (« maître ») à la brique de gestion des droits de chaque régime (Cf. Encadré n° 9).

Encadré n° 9 : Deux schémas envisageables pour la constitution d'un fichier unique des assurés

1-Variante SI 1 : une gestion de l'affiliation et des droits assurée par le SI « maître » de chaque organisme et répliquée vers le répertoire unique « esclave »

La gestion des individus resterait assurée par le système d'information de chaque organisme, les données étant répliquées dans un répertoire unique inter régimes qui deviendrait pour chaque individu le reflet de sa situation d'affiliation et de ses droits, et, sans doute, de sa situation médico-administrative (exonérations de ticket modérateur, participation forfaitaire, franchises). Dans ce scénario, le répertoire unique des assurés serait une base de données alimentée par une répliquée des données gérées dans les outils des organismes.

L'organisme preneur pourrait en effet acquérir depuis ce répertoire unique les informations qui lui sont utiles et, en cas d'automatisation totale, les injecter dans son propre système de gestion. Ce choix permettrait en outre d'éviter le ré-envoi de pièces justificatives par l'assuré au nouvel organisme : en cas de changement d'organisme d'affiliation, l'agent de la caisse preneuse déclencherait l'acquisition automatique de ces informations et l'injecterait dans son SI.

Cette option nécessiterait cependant la création d'échanges informatiques via une norme inter régimes permettant d'alimenter le répertoire unique depuis le SI de chaque régime en cas de survenue d'événements (consommation de certains soins, reconnaissance d'une ALD etc. ...).

En cas de mutation, la cible consisterait i) à accéder, *a minima* en consultation du répertoire unique, à l'exhaustivité des informations de situations des bénéficiaires et de leurs compteurs (mode portail par exemple), ii) à terme, à automatiser la récupération de ces données depuis le répertoire unique pour leur injection dans le SI de chaque régime. Ce scénario n'impacterait que faiblement le SI de production des organismes : les outils fonctionnels du poste agent seraient peu affectés, le processus de mise à jour des cartes vitales resterait inchangé au sein de chacun des organismes et il serait répondu aux enjeux d'automatisation complète du processus de mutation. Il nécessite néanmoins la mise en œuvre d'un système d'intermédiation robuste et suppose la création d'une organisation spécifique de supervision des échanges et de gestion des incidents.

2- Variante SI 2 : Une gestion de l'affiliation et des droits via un SI Inter régimes directement dans le répertoire unique « maître »

La gestion des affiliations et des droits s'opèrerait dans cette variante directement au niveau du répertoire unique, les agents des organismes y accédant par exemple *via* un portail inter régimes. Le répertoire unique des assurés serait une base de données et un outil inter-régimes d'alimentation des données. Les agents des organismes utiliseraient l'outil pour opérer la gestion des affiliations et des droits maladie directement dans une base unique des assurés.

(suite encadré 9)

De par son architecture même, ce scénario garantit la continuité de service en assurant la cohérence des données par une instruction et une gestion dans un seul système (pas de rupture inhérentes à des problèmes de fiabilité des échanges). L'enjeu pour les régimes serait cependant de se voir garantir que l'externalisation du stockage des données de leurs ressortissants leur permette de conserver la maîtrise des informations les concernant.

Pour assurer la liquidation des prestations, le SI de chaque organisme devrait accéder aux informations du répertoire unique. Au regard du volume journalier de feuilles de soins et en l'état de la technologie, cet accès aux données suppose la mise en place de réplication quotidiennes de données depuis le répertoire vers le SI particulier des organismes pour permettre le fonctionnement des traitements de masse des organismes.

Cette variante impose des modifications beaucoup plus lourdes des systèmes d'information que la première variante : évolution des postes de travail des agents, échanges *via* une norme inter régimes permettant d'automatiser la récupération des données depuis le répertoire unique et l'injection dans le SI de chaque régime, échanges depuis le SI de chaque régime vers le répertoire unique pour alimenter ce dernier de certaines données résultant de la liquidation des prestations en nature (compteurs par exemple).

Le processus métier de changement d'organisme d'affiliation (mutation) resterait inchangé, la cohérence des informations et la continuité étant en revanche assurée par l'utilisation d'un outil unique commun. Pour assurer la liquidation et la mise à jour des cartes vitales par les outils des organismes gestionnaires, un mécanisme de réplication des données depuis le répertoire unique vers le SI des organismes serait à créer.

En revanche, cette option permettrait d'apporter une meilleure qualité de service pour l'assuré en termes de continuité des droits dans le processus de mutation.

Source : contribution CCMSA aux travaux du groupe technique du HCFiPS

III.3.3. Deux hypothèses alternatives comportant une évolution de la structuration des régimes

Sont ici évoqués, à titre d'hypothèses complémentaires, des schémas de réforme qui ont été examinés dans plusieurs rapports comme le rapport IGAS/IGF sur les coûts de gestion en assurance maladie. L'analyse est exclusivement abordée ici sous l'angle de leurs effets en matière de financement, sachant que d'autres enjeux majeurs entrent sans doute prioritairement en ligne de compte pour l'appréciation globale de ces options, qui dépasse les compétences du Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Le principe de ces scénarios serait de joindre à l'unification financière de la branche une réforme de la structure des régimes prévoyant une unicité d'intervenant en matière d'affiliation, mais aussi de gestion et de service des droits pour les prestations en nature de l'assurance maladie, les régimes ainsi définis étant les opérateurs uniques de gestion de l'assurance maladie.

Deux options apparaissent envisageables en ce domaine.

III.3.3.1. Hypothèse 1 : un régime unique des prestations en nature de l'assurance maladie

L'assurance maladie serait refondée autour d'un régime unique (point unique d'affiliation, de gestion des droits, de service des prestations). Concrètement, la liquidation des prestations en nature serait assurée par le régime général, les régimes de nature professionnelle conservant les prestations en espèces, les politiques de prévention et d'action sociale au profit de leurs ressortissants.

Ce scénario supposerait, en préalable, que soit mis en place le répertoire unique des assurés évoqué *supra*, ou que les bases de gestion du régime général intègrent l'intégralité des assurés, le système de liquidation et de paiement des feuilles de soins du régime général étant imbriqué avec son système de gestion des droits. Les évolutions concerneraient aussi les SI des autres régimes couvrant plusieurs risques, puisque des points de jonction seraient à établir, notamment entre les caisses gestionnaires d'arrêts de travail ou d'AT/MP et le régime unique (notamment en matière de contrôle médical, *cf supra*). Les résultats de liquidation et de paiement des prestations en nature stockés en zone inter régimes devraient être rendus accessibles aux agents de ces organismes dans le cadre de leur relation avec les assurés ou de leurs actions de prévention.

En pratique et pour l'assuré, les décomptes seraient adressés par le SI de la CNAMTS et disponibles sur *ameli.fr*, qui couvrirait l'ensemble de la population ; la question des mutations ne se poserait, par définition, plus.

En revanche, une telle hypothèse serait naturellement un bouleversement pour l'organisation de la sécurité sociale et de ses acteurs, avec notamment une perte pour les régimes couvrant plusieurs risques du lien avec leurs assurés sur un segment important de la protection sociale, les prestations de santé en nature, et l'introduction d'une dissociation systématique avec les organismes de gestion des prestations en espèces, qui peut sembler problématique notamment pour la MSA.

Les conséquences en matière de gestion des ressources humaines des organismes qui cèderaient leurs compétences, seraient par ailleurs à prendre en compte.

III.3.3.2. Hypothèse 2 : une dualité de régimes, un régime propre aux non salariés existant à côté du régime général couvrant le reste de la population.

Cette variante du précédent scénario est la cible qu'a retenue le rapport IGAS/IGF précité. Elle conduit à divertir du régime unique les populations non-salariées et à organiser à leur effet un régime spécifique se substituant, pour le volet des prestations en nature, dans leurs missions actuelles aux organismes conventionnés du RSI et à la MSA (les salariés agricoles étant couverts par ce nouveau régime).

Elle présenterait les mêmes conséquences que l'hypothèse précédente tout en étant justifiée, selon le rapport précité, par la proximité des publics concernés, le caractère multi-branches des régimes impliqués et les gains qui pourraient résulter de la mutualisation de leurs réseaux. On peut en effet penser que le rapprochement ainsi opéré entre RSI et MSA trouverait d'autres thèmes que l'assurance maladie pour s'approfondir. La pertinence d'une unicité d'approche entre les populations affiliées au RSI et à la MSA mériterait cependant d'être investiguée.

La simplification pour les assurés serait ici aussi évidente, sans résoudre néanmoins le sujet des mutations en raison de la dualité de régimes d'affiliation qui serait introduite. Or, comme on l'a vu précédemment, l'essentiel des mutations concernent des mouvements entre, d'une part le RSI ou le régime des salariés agricoles et, d'autre part, le régime général.

Contributions des membres
du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Contribution de la Confédération française démocratique du travail (CFDT)

La CFDT partage l'analyse du chapitre. Les différents transferts entre régimes (compensation bilatérale, mode de répartition de la CSG, subventions d'équilibre...) opacifient inutilement un système qui se veut désormais universel. Leur remplacement par une dotation d'équilibre unique serait donc un facteur de simplification bienvenu.

Cependant, si l'unification financière des régimes doit être poursuivie, la CFDT considère que c'est au bénéfice des assurés qu'une réforme beaucoup plus ambitieuse doit être engagée. Alors qu'à quelques exceptions près, la totalité bénéficie de prestations en nature délivrées par les régimes de base identiques, il devient inconcevable de maintenir une pluralité de régimes qui provoque une démultiplication des procédures d'affiliation ou de mutation qui en définitive accroît inutilement les difficultés des assurés et la charge administrative des organismes gestionnaires. La CFDT se prononce donc clairement pour la création par étapes d'un régime unique de prestations en nature de l'assurance maladie.

La création d'un fichier unique des assurés est un passage obligé sur la voie d'une telle évolution dont une première étape pourrait consister en la mise en œuvre de la variante 2 du scénario 2 qui maintient l'existence des régimes actuels au titre des prestations en espèces. La CFDT considère toutefois qu'établir l'affiliation sur le critère de résidence stable et continue est trop restrictif : s'agissant d'un droit universel, il doit être ouvert sur des critères simples d'état civil et suffisamment souples pour tenir compte de la diversité des situations réelles (double résidence par exemple). Sur le point particulier des étudiants, c'est bien l'ensemble de la gestion du régime obligatoire qui doit à terme fusionner au sein du régime général.

Une seconde étape pourrait être franchie ultérieurement, avec la création d'un régime propre aux non-salariés coexistant avec un régime réellement général de salariés. L'étape ultime d'un régime unique ne pourra être envisagée qu'en portant une attention particulière aux mécanismes de transferts entre les deux et à l'harmonisation des efforts contributifs, là où subsistent encore des disparités.

S'agissant des régimes de retraite, la CFDT partage la conclusion que d'autres études plus approfondies doivent être menées en concertation avec les différents régimes.

Contribution de la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)

Ce chapitre aborde les mécanismes de compensation entre régimes de retraite et l'architecture financière des régimes d'assurance maladie.

La compensation démographique, telle qu'elle existe depuis plus de quarante ans, n'a pas obtenu l'aval de notre confédération.

Deux raisons, toujours d'actualité, ont prévalu à cette prise de position ; d'une part l'idée de 1974 était d'aboutir à un régime unique et d'autre part, et c'est avéré depuis longtemps, ce sont les régimes de salariés qui contribuent au financement des régimes de non salariés (MSA et RSI).

Les pistes proposées par le Haut Conseil n'apportent pas de novation dans l'effort demandé aux salariés, et les modifications de présentation, voire la suppression d'un étage de compensation nous semble en contradiction avec la volonté affichée de plus de transparence, et donc de compréhension de la part des contributeurs.

La LFSS rectificative 2014, en supprimant à terme la C3S, donne un éclairage particulier sur la conception gouvernementale de la compensation. In fine ce sont la CNAMTS et la CNAVTS qui assureront l'équilibre financier des régimes des non salariés ce qui pourra à terme justifier des remises en cause de prestations.

Pour FO, ce n'est pas acceptable d'autant plus que pour l'opinion publique ce n'est pas lisible : il ne restera que « le trou de la sécu » à donner en pâture aux libéraux qui souhaitent la destruction de la République sociale au profit de l'individualisme.

FO est favorable à une remise à plat totale des mécanismes de financement, préalable indispensable à une clarification des contributions de chacun et ainsi à une comparaison des efforts financiers demandés à chacun.

S'il est évident que des régimes de non salariés démographiquement en danger ne peuvent être abandonnés à leur sort, c'est à la solidarité nationale de prendre en charge, et non aux régimes de salariés (CNAMTS, CNAVTS ou encore CNRACL) de le faire.

Sur le deuxième sujet de ce chapitre relatif « à l'idée d'un régime unifié des prestations maladie en nature » selon les termes de la lettre de commande du Premier Ministre, FO fait le même constat que précédemment : l'intégration gomme le fait que les régimes de salariés abondent les régimes de non salariés.

Le rapport du Haut Conseil va plus loin en pointant « les coûts de gestion importants pour les caisses d'assurance maladie ».

Nous sommes à nouveau confrontés à une approche comptable, dans le droit fil des politiques d'austérité. Le rapport indique que le coût de la gestion des régimes d'assurance maladie a été évalué à 6MD€.

Lors de la présentation orale par l'IGAS, il a été noté que la construction d'un régime universel poserait des « questions RH ».

Il est difficile d'être plus pudique quand il s'agit, in fine, de supprimer encore et toujours plus d'emplois !

**Contribution de la Confédération française de l'encadrement –
Confédération générale des cadres (CFE-CGC)**

En ce qui concerne les transferts entre régimes de retraite de base, les scénarios proposés sont, pour la CFE-CGC à approfondir avant d'envisager toute mesure de simplification.

Les scénarios relatifs à l'architecture financière des régimes d'assurance maladie, appellent de notre part les remarques suivantes :

- Nous estimons nécessaire de disposer d'analyses plus fines sur les conséquences de la fusion de tous les régimes de prestations en nature dans un régime unifié d'assurance maladie. Il est en particulier essentiel d'étudier les conséquences sur le montant versé par la branche AT/MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des ATMP, le risque de voir les sous -déclarations augmenter n'étant pas nul.
- L'intégration doit se faire par étapes afin de bien maîtriser l'ensemble du dispositif.
- Les personnels, en particulier ceux qui traitent de la gestion du risque doivent être regroupés afin d'une part d'unifier leurs actions et d'autre part de ne pas faire peser l'ensemble de la charge de travail liée à la gestion du risque sur le régime général.

Contribution du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Le chapitre 4 du présent rapport du HCFiPS de juillet 2015 aborde la question de l'architecture financière des régimes de protection sociale. Il évoque en particulier la question de la lisibilité des transferts entre les régimes de protection sociale et de la pertinence de leurs modalités de calcul. Il distingue les contributions publiques qui représentent près de 70 Mds€ (2012) et les transferts entre régimes, qui pèsent environ 205 Mds €. Parmi les transferts entre régimes, la prise en charge des hospitalisations et hébergements en institution sans but lucratif pèse 83 Mds€ ; les transferts à somme globalement nulle entre les régimes de protection sociale représentent quant à eux 123 Mds€.

Le rapport souligne que « *le régime général assure l'équilibre de multiples régimes financièrement intégrés, c'est-à-dire qu'il prend à sa charge le déficit de ces régimes* ». Compte tenu de la part importante des cotisations sur le travail dans le financement du régime général, il est clair que le sujet est très sensible pour les entreprises.

Le rapport relève également le montant total des subventions d'équilibre de l'Etat aux régimes spéciaux (7,7 Mds €), que l'on sait plus généreux que le régime général.

Le rapport considère à juste titre que ces transferts obscurcissent le lien entre les ressources des régimes et leurs prestations. Il relève les imperfections des mécanismes de compensation démographique des régimes de retraite et la difficulté à trouver une solution satisfaisante.

Le MEDEF, pour sa part, souligne que certains transferts ont des fondements tout à fait critiquables, en particulier le transfert d'un milliard d'euros de la branche accidents du travail et maladies professionnelles vers la branche maladie au titre de la prétendue sous déclaration des maladies professionnelles, alors que notre pays est le champion toutes catégories de la réparation des maladies professionnelles (*En valeur absolue, quand l'Allemagne, le Danemark, l'Italie et l'Espagne indemnisent à elles quatre 72 607 MP en 2011, la France en indemnise pour sa part 78 805 à elle seule*²⁰²)

Enfin, le MEDEF relève avec intérêt la proposition de création d'un régime universel d'assurance maladie pour les prestations en nature. En effet, il n'y a plus aucune dimension de solidarité professionnelle dans l'assurance maladie pour les prestations en nature, il s'agit de solidarité nationale, compte tenu du caractère universel justement souligné par le Haut Conseil. Cette unification du régime et la réduction du nombre d'organismes gérant le régime obligatoire de base permettrait une plus grande fluidité des parcours professionnels et des parcours de vie et sans doute des économies d'échelle comme l'a souligné un récent rapport IGAS-IGF sur les coûts de gestion de l'assurance maladie. Mais elle suppose quelques préalables importants :

- financer la branche maladie (hors prestations en espèces) par l'impôt (CSG et TVA), le financement par les cotisations n'ayant plus de sens,
- revoir la définition de ce qui relève vraiment de la solidarité et doit être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, et le distinguer de ce qui peut relever de la mutualisation ou être laissé à la charge des ménages.
- fiabiliser le critère de résidence, qui serait essentiel pour définir les bénéficiaires,
- définir les opérateurs, la CNAMTS n'ayant pas forcément vocation à être un opérateur unique.

Les organismes complémentaires relevant en tout état de cause d'une tout autre logique ne sauraient être inclus dans cette réflexion

S'agissant des compensations dans le champ des retraites, le MEDEF appelle les pouvoirs publics à la plus grande attention. Il convient de ne pas charger le régime général au-delà de ce qui est justifié, et de ne pas faire perdurer le soutien aux régimes spéciaux au-delà de ce qui est acceptable par l'ensemble des contribuables, entreprises mais aussi salariés du privé dont les régimes ne sont pas aussi favorables.

²⁰² Extrait Etude Eurogip, janvier 2015 intitulé « Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans 5 pays européens Danemark, Allemagne, Italie, Espagne, France »

Contribution de L'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

- **Mécanisme de compensation entre régimes de retraite**

Concernant l'évolution des mécanismes de compensation entre les régimes de retraite, l'UNAPL dénonce une nouvelle fois le principe et le calcul de cette compensation pour 2 raisons :

- La compensation n'est pas un mode de financement « in fine », donc ne résout en rien ni au présent ni pour les années à venir les déséquilibres démographiques et les déficits financiers qu'ils engendrent.
- Si une certaine solidarité comptable annuelle entre les soldes des régimes de retraite aux résultats financiers très fragiles peut se concevoir, elle doit pour être comprise et acceptée par tous, reposer sur des principes simples d'équité et de capacités contributives soigneusement étudiées.

Aujourd'hui, cette élaboration technique et technologique concernant les différents paramètres de compensation ne reposent que sur des paramètres aux choix parfois discutables et souvent arbitraires (notamment, les montants de retraites de référence sont des moyennes arithmétiques ne reflétant pas la réalité des revenus d'activité et le salaire moyen) engendrant des résultats insoutenables pour certains régimes.

Il est donc parfaitement inacceptable, que pour la CNAVPL les transferts de compensation versés représentent **50% des prestations légales vieillesse** et 4% environ pour la CNAV et 9% pour la CNRACL.

A défaut de demander la suppression pure et simple de la compensation nationale en raison du jeu à somme nulle que constituent ces transferts, l'UNAPL demande qu'une règle des butoirs soit immédiatement introduite, afin de plafonner à 10% maximum les transferts demandés à un régime.

Contribution du Régime social indépendant (RSI)

Les scénarii envisagés dans le présent rapport vont bien au-delà de la problématique de financement. Sous couvert d'une réflexion sur l'architecture financière de la protection sociale, il est proposé, ici, différents scénarii visant à consacrer le régime général comme régime unique d'assurance maladie pour les prestations en nature à plus ou moins long terme. De telles orientations risquent fortement de remettre en cause les principes et le fonctionnement actuels du RSI en matière d'assurance maladie, à commencer par la délégation de gestion aux organismes conventionnés à laquelle le RSI reste très attaché. La mise en œuvre de telle orientation semble également, à bien des égards, hasardeuse. Le RSI n'est donc pas favorable aux scénarii proposés.

Annexe IV.1 : Etat des lieux des transferts financiers : du champ de la protection sociale à celui des régimes de sécurité sociale

Cette annexe reprend les éléments issus des comptes de la protection sociale, des dernières annexes jointes au PLFSS, des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale et du « jaune » consacré aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

1-Les transferts et contributions dans l'ensemble du champ de la protection sociale

Les relations financières liant l'État, les collectivités territoriales, les régimes de protection sociale de base et complémentaires obligatoires et les organismes concourant à leur financement relèvent de plusieurs logiques et mobilisent des instruments divers.

Le système de protection sociale français se caractérise en effet :

- d'une part, par un pilotage financier relativement autonome par rapport aux autres administrations publiques : c'est assurément le cas des régimes dont le pilotage est assuré paritairement par les partenaires sociaux (assurance chômage, régimes de retraite complémentaire), mais aussi des régimes de sécurité sociale qui bénéficient de ressources propres et d'une régulation financière spécifique dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale ; cependant, les administrations publiques centrales et locales possèdent également des prérogatives propres en matière de protection sociale – à travers le financement de certaines dépenses ou des subventions à des régimes ou structures délivrant des prestations ou services –, qui les conduisent à apporter des ressources au système de protection sociale pris dans son ensemble, et par suite à entretenir des relations financières importantes avec les différents régimes, dénommées contributions publiques ;
- d'autre part, au sein des administrations de sécurité sociale proprement dites, par une architecture complexe, caractérisée par un nombre élevé de régimes de base et complémentaires juridiquement distincts, complétés par des fonds de financement, qui entretiennent entre eux des transferts significatifs destinés à assurer une solidarité financière et à mutualiser le financement de certaines dépenses sociales.

Ces deux ressources ont des natures différentes :

- les contributions publiques constituent un apport net de ressources à la protection sociale : selon les comptes de la protection sociale établis annuellement par la DREES, le système de protection sociale a bénéficié en 2013 d'environ 69 Md€ de contributions publiques versées par les administrations publiques centrales et locales (cf. Tableau 1) ; toutefois, elles se distinguent des autres ressources de la protection sociale – cotisations sociales et impôts et taxes affectés – en ce qu'elles ne constituent pas des ressources propres des régimes de protection sociale ;

- à l'inverse, les transferts entre les différentes catégories de régimes de protection sociale ont un impact nul sur la situation financière de la protection sociale dans son ensemble, car ils sont appréhendés de sorte qu'un versement d'un régime ait pour contrepartie exacte une ressource d'un autre régime, entraînant un bilan global exactement équilibré ; selon les comptes de la protection sociale, les régimes de protection sociale ont versé et reçu en 213 Md€ au total 2012 (cf. Tableau 1) ; naturellement, ces transferts versés et reçus ont des impacts différenciés selon les régimes – négatif pour les régimes d'assurances sociales, positif sur les régimes des institutions sans but lucratif au service des ménages et sur les régimes d'intervention sociale des hôpitaux publics, cf. *infra* ; ces montants sont tout-à-fait significatifs si on les rapporte à la totalité des ressources de la protection sociale, qui se sont élevées à 921 Md€ en 2012.

Tableau 1 : Contributions publiques et transferts entre régimes de protection sociale en 2013 (M€)

	Contributions publiques	Transferts versés	Transferts reçus
Ensemble des régimes de protection sociale	68 836	213 377	213 377
Régimes d'assurances sociales	18 615	200 016	119 857
Régimes de sécurité sociale	16 831	194 769	116 441
Régime général	2 599	105 248	45 815
Autres régimes de salariés et fonds	13 460	62 870	41 875
Régimes de non salariés	327	14 765	8 335
Régimes complémentaires	445	11 887	20 416
Régimes d'indemnisation du chômage	1 784	5 247	3 416
Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	0	0	0
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	0	0	0
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	50 221	13 306	9 595
Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	0	0	21 800
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	0	55	62 126

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

1.1. S'agissant tout d'abord des contributions publiques

Il y a lieu de distinguer deux catégories distinctes de concours de l'État, des collectivités locales et de leurs établissements publics :

- en premier lieu, la majeure partie du montant de 68,8 Md€ mentionné au tableau 1 ci-dessus correspond à la prise en charge directe de prestations par ces administrations ou du versement de transferts à des établissements : 50,2 Md€, dont 21,0 Md€ par l'État (principalement au titre du financement de l'allocation aux adultes handicapés, des aides au logement et du RSA « activité ») et 29,2 Md€ par les collectivités locales (au titre du financement du RSA « socle », des aides à l'autonomie des personnes handicapées et âgées, de l'aide sociale et du financement des structures et établissements en faveur de l'enfance, des handicapés et des personnes âgées dépendantes) ;
- en second lieu, des versements aux régimes de protection sociale au titre de la compensation des exonérations spécifiques de cotisations sociales, de la contribution de certains établissements publics (La Poste, France Telecom) au financement des retraites des fonctionnaires de l'État, de subventions d'équilibres à certains régimes spéciaux de salariés (mineurs, marins, agents de la SNCF et de la RATP, etc.), et de subventions de fonctionnement ; ces versements se sont élevés en 2012 à 18,6 Md€, dont 2,6 Md€ au régime général, 14,2 Md€ aux autres régimes de sécurité sociale, et 1,8 Md€ aux régimes d'indemnisation du chômage (au titre de la subvention à Pôle Emploi).

1.2. S'agissant ensuite des transferts entre régimes de protection sociale et organismes concourant à leur financement

Il importe au préalable de distinguer ceux qui se réfèrent au financement des prestations fournies par les hôpitaux publics et les établissements et services en faveur des personnes handicapées et âgées. En effet, les comptes de la protection sociale considèrent que ces prestations et services sont délivrés aux ménages par ces hôpitaux, établissements et services, et que leur financement est assuré au moyen de transferts des régimes de protection sociale et des fonds de financement comme la CNSA (au titre des risques maladie, invalidité, vieillesse, essentiellement). Ces transferts apparaissent dans le Tableau 1 en ressources des régimes d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (essentiellement, les établissements et services en faveur de l'enfance et des personnes handicapées et âgées) et des hôpitaux publics, pour un montant total d'environ 84 Md€. Il s'agit en réalité d'un jeu d'écritures comptables visant à décrire le financement de prestations en nature par les régimes de sécurité sociale et les fonds de financement, qui ont pour contrepartie des transferts versés par ces régimes.

Une fois isolées ces opérations particulières, il reste un montant de 129 Md€ environ, qui correspond véritablement à des transferts à somme globalement nulle entre régimes de protection sociale ou organismes concourant à leur financement. Ces transferts concrétisent une grande variété de mécanismes de solidarité financière qu'il n'est pas utile de décrire dans le détail, mais pour lesquels on peut proposer les grands regroupements suivants :

1.2.1. Une partie de ces transferts bénéficie aux régimes de base de sécurité sociale et aux fonds de financement, pour un montant de 96,0 Md€

Il s'agit notamment des mouvements suivants :

- les transferts au titre des diverses compensations entre régimes de retraite et d'assurance maladie ;
- les transferts reçus du FSV par les régimes de retraite de base ;
- les versements de la branche famille au FSV (majorations de pensions) ou à la CNAV (AVPF) ;
- les échanges bilatéraux entre l'assurance maladie et la CNSA en matière de financement des établissements et services en faveur des personnes âgées et handicapées ;
- le transfert de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé ;
- la prise en charge par la branche famille du congé de paternité et de certaines cotisations sociales en cas de recours à un mode de garde ;
- les diverses intégrations financières existant entre régimes de sécurité sociale de base (salariés et exploitants agricoles, militaires, marins, cultes...) ;
- le financement de divers fonds (ONIAM, FIVA, FCAATA...) ;

- divers transferts entre régimes de retraite de base (transferts dits de décentralisation, rachats de cotisations, adossement des industries électriques et gazières...);
- les flux entre régimes maladie au titre du financement du régime étudiant ;
- le versement des régimes de retraite complémentaire à celui des industries électriques et gazières au titre de l'adossement de ce dernier aux régimes du secteur privé.

1.2.2. Les régimes d'indemnisation du chômage reçoivent pour leur part 3,4 Md€

Ils correspondent pour l'essentiel au versement de l'UNEDIC à Pôle Emploi dans le cadre de la convention tripartite avec en outre l'État.

1.2.3. Les régimes complémentaires de retraite reçoivent 20,4 Md€

Les régimes complémentaires sont concernés par des mouvements d'un volume de 20,4Md€ avec d'autres régimes ou des organismes concourant à leur financement. Cependant, on peut d'emblée retrancher 6,4 Md€ résultant d'un traitement comptable *ad hoc* des opérations internes aux régimes de non salariés (répartition des prestations entre les régimes de base et complémentaires), ainsi que 11,9 Md€ liés au financement des retraites des salariés du secteur privé liquidées avant 65 ans au titre de l'AGFF. Les principales composantes des 2,1 Md€ restants sont :

- un transfert de solidarité de l'ARRCO vers l'AGIRC ;
- un transfert de l'UNEDIC au titre des cotisations de retraite complémentaires des demandeurs d'emploi indemnisés par le régime d'assurance ;
- un transfert du FSV au titre des cotisations de retraite complémentaires des demandeurs d'emploi indemnisés par le régime de solidarité.

1.2.4. Les administrations publiques centrales et locales (régimes d'intervention des pouvoirs publics) bénéficient de 9,6 Mds€

Concernant les administrations publiques centrales, il s'agissait du versement de la CNAF au Fonds national des aides au logement (qui est supprimé en 2015).

Concernant les administrations publiques locales, il s'agit d'une part des financements de la CNAF aux communes au titre du financement des établissements municipaux d'accueil des jeunes enfants, et du versement de la CNSA aux départements au titre du financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie.

2. L'approche spécifique des transferts entre l'Etat et les organismes de protection sociale

En application de la loi organique relative aux lois de finances, un bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale est joint chaque année au projet de loi de finances (PLF). Le champ des organismes de protection sociale retenu comprend donc non seulement les régimes obligatoires de base de sécurité sociale organisés par la loi (régime général, régimes agricoles et des indépendants, régimes spéciaux...), mais également les régimes obligatoires conventionnels que sont les régimes complémentaires de retraite et le régime d'assurance chômage.

Ce document distingue :

- les concours apportés par l'État aux régimes auxquels est confiée la gestion opérationnelle de certaines politiques sociales. Ce sous-ensemble comprend d'une part les dotations budgétaires de l'État destinées au financement des dispositifs sociaux, d'autre part les subventions et garanties financières consenties par l'État à certains régimes et organismes spécifiques (assurance chômage). Les crédits retracés ne comprennent pas en revanche les dépenses sociales directement payées par l'État.
- les charges budgétaires de l'État en tant qu'employeur, qui recouvrent les cotisations et certaines prestations sociales obligatoires.

2.1. S'agissant des dispositifs sociaux, les crédits s'élevaient à 20,3 Md€ en 2014 et le PLF 2015 prévoit un montant de 28,9 Md€. Cette forte augmentation résulte de la compensation du pacte de responsabilité et de solidarité à la Sécurité sociale (4,75 Md€ de crédits supplémentaires au titre du financement intégral du FNAL, 2,5 Md€ de transferts de l'intégralité du produit des prélèvements sociaux sur les produits du capital, rebudgétisation du financement des exonérations sur les heures supplémentaires financées jusque-là par l'affectation d'une fraction de TVA (515,6 M€ prévus en PLF 2015)).

Le financement des dispositifs sociaux comprend notamment :

- les politiques d'intégration, de solidarité et d'égalité des chances (11,2 Md€ en PLF 2015 : allocation temporaire d'attente, AAH, ASI, RSA) dont les dépenses relèvent à 97% de la branche famille,
- la politique de l'emploi (5 Md€ : dotations de compensation des exonérations ou réductions de cotisation ciblées (3,9 Md€), contribution au financement des pré-retraites publiques, contribution à l'assurance chômage au titre du financement de l'allocation complémentaire pour les plus de 60 ans qui ne peuvent percevoir l'intégralité de leur retraite, contribution au Fonds de solidarité au titre du financement de l'ASS),
- les aides au logement (11 Ms€ en PLF 2015 : dotation au FNAL par l'Etat et financement de l'allocation de logement temporaire),
- les aides à l'accès aux soins (923M€ en PLF 2015 : AME, remboursement des prestations sociales et dépenses d'appareillage de certains invalides²⁰³, dépenses de santé des détenus,
- la prise en charge par l'État d'autres prestations (200M€).

2.2. Les subventions budgétaires aux régimes ou organismes concourant à leur financement s'élèvent en loi de finances pour 2015 à 6,3Md €. Les régimes de retraite sont principalement concernés : SNCF (3,2 Md€), Mines (1,4 Md€), RATP (643M€).

2.3. Concernant les contributions de l'État employeur, les fonctionnaires se voient appliquer les règles du régime général pour les prestations familiales (2,9 Md€ de dépenses). Ils relèvent de régimes spécifiques pour le reste.

²⁰³ Relevant du code des pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre.

En maladie, l'État est son propre assureur pour les prestations en espèces et le risque ATMP mais il y a cotisation au régime général pour les prestations en nature des fonctionnaires titulaires²⁰⁴ (5,5 Md€ en LF 2015). Pour le risque vieillesse, les cotisations salariales et contributions employeur pour les pensions des fonctionnaires titulaires (civils et militaires) s'élèvent à 38,9 Md€ ; le budget de l'État prend également en compte les cotisations des personnels non titulaires (régime général pour la pension de base / IRCANTEC pour la retraite complémentaire) et les cotisations au RAFP.

2.4. Dans une vision plus large, peut également être pris en compte le fait que le produit de prélèvements fiscaux est « transféré » à la sécurité sociale. Au sens strict, il ne s'agit pas de transferts. Pour autant, il y a bien en pratique un arbitrage qui peut être opéré entre l'affectation de recettes fiscales et l'octroi de subventions d'équilibre ou venant compenser des charges : les choix retenus conduisent à minorer l'ampleur des transferts entre l'État et les régimes de protection sociale (au prix d'un accroissement de la part des ITAF dans les recettes des régimes) ou au contraire à les majorer.

3- Les transferts bénéficiant aux régimes obligatoires de base relevant du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale

3.1. L'annexe 4 jointe chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) détaille, en application des dispositions de la loi organique, les recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement. Cette annexe distingue sept grandes catégories de recettes : les cotisations sociales effectives, les cotisations prises en charge par l'État (notamment dans le cadre de la politique de l'emploi), les contributions des employeurs (finançant des prestations sociales fournies directement par des employeurs), la CSG, les impôts et taxes affectés (ITAF) et autres contributions fiscales (par exemple, les prélèvements sociaux sur les revenus de patrimoine et de placement), les produits financiers résultant du placement de revenus et les transferts.

Encadré n°1 : écritures symétriques et neutralisations

Afin d'avoir une vision plus économique que comptable des enjeux financiers, la multiplication des transferts conduit à procéder dans le cadre de la commission des comptes de la sécurité sociale à des écritures symétriques et à la neutralisation des transferts.

Toutes les branches, à l'exception de la branche famille, procèdent à l'écriture de charges qui seront *in fine* compensées par une écriture équivalente en produits. Comme ces doubles écritures n'ont pas d'impact sur le solde et qu'elles gonflent les produits et les charges, elles sont contractées. Notamment, le transfert de l'ONDAM médico-social de la branche maladie et de la branche AT-MP à la CNSA est consolidé dans les comptes de ces deux branches pour un montant de 17,1 Md€ en 2013 (après 16,4 Md€ en 2012). Cette neutralisation permet de ne pas faire de double compte de ces prestations qui apparaissent déjà en charges.

Cette neutralisation consiste à déduire chaque transfert des dépenses de la branche qui le verse et symétriquement à le déduire des produits de la branche qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois. La prise en charge, par une branche, de prestations versées par une autre branche illustre la nécessité de cette neutralisation : si elle n'était pas opérée lors de la consolidation des régimes de base, leurs charges comporteraient à la fois les dépenses de prestations d'une des branches et le remboursement de ces dépenses par l'autre branche. Cette opération de neutralisation explique que les recettes et dépenses de l'ensemble des régimes de base soient inférieures à la somme des recettes et des dépenses des quatre branches prises séparément.

²⁰⁴ Pour les agents non titulaires, l'État cotise au titre des prestations en nature et en espèces de l'assurance maternité-maladie-invalidité-décès

Ces transferts, qui font l'objet de la présente annexe, ont eux-mêmes des origines diverses. Il s'agit des transferts reçus des autres régimes, notamment dans le cadre des compensations démographiques²⁰⁵, mais aussi des prises en charge de cotisations ou de prestations par les organismes concourant au financement (FSV et CNSA), des transferts reçus de l'État (subventions d'équilibre au premier chef), voire de transferts reçus des régimes complémentaires.

Pour les régimes obligatoires de base relevant de la LFSS, ces transferts représentent 30 Md€ en 2014, soit 6,5% de leurs recettes. C'est la branche vieillesse qui est la plus concernée par les transferts : 17,5% des recettes des régimes en résultent, quand cette proportion n'atteint que 1,5% pour la branche maladie et des pourcentages négligeables pour les deux autres branches. Au sein des transferts bénéficiant aux régimes de retraite, trois postes apparaissent nettement : les transferts reçus du FSV, les transferts entre régimes de base et les transferts reçus de l'État.

Pour le seul régime général, les transferts s'élèvent en 2014 à 21, 8 Md€, la différence essentielle avec la situation tous régimes provenant de l'absence de transferts reçus de l'État pour la branche vieillesse. D'autres régimes, en raison de leur situation démographique et de dispositifs historiques de financement, présentent des situations plus contrastées. Le financement du régime des salariés agricoles repose à 33% sur les transferts, celui des exploitants agricoles à 25% (la part des ITAF et contributions limitant le poids des transferts), celui de l'assurance vieillesse des commerçants à 32%.

L'annexe 8 jointe au PLFSS chaque année précise ces données pour les organismes concourant au financement des régimes ainsi que pour les établissements ou agences bénéficiant de subvention de la part des régimes (cf. Annexe IV.2)

3.2. Les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale précisent, dans le même champ, la nature des transferts et compensations, ainsi que les modalités de consolidation des données et d'écritures symétriques, exercices de retraitement des données comptables visant à éviter les doubles comptes et le gonflement artificiel des dépenses et recettes afin de bénéficier d'une appréciation nette de la situation des comptes consolidés des régimes. Les transferts concernent le même périmètre que l'annexe 4 : transferts entre régimes, transferts avec les organismes concourant au financement et contributions reçues de l'État.

3.2.1. En 2013, le solde entre les transferts reçus et les transferts versés par les régimes de sécurité sociale de base est positif à hauteur de 21,1 Md€. Cet excédent atteindrait 21,3 Md€ en 2014 puis diminuerait à 20,3 Md€ en 2015 en raison du changement du mode de calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage.

La branche vieillesse est la première bénéficiaire de ces transferts : en 2013 elle a reçu deux tiers des transferts quand elle en a versé près d'un tiers. Cela s'explique notamment par le fait qu'elle bénéficie des versements du FSV pour 17,7 Md€.

²⁰⁵ Il existe d'autre flux : cotisations et soulte versées par le régime des industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, reversement de cotisations des régimes spéciaux (validations de services...), prises en charge par le RSI et les régimes agricoles de la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux.

Au contraire, la branche famille verse plus du quart des transferts, soit 13,6 Md€, notamment via la prise en charge des majorations de pensions pour enfants, du congé de paternité et des cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et du fait qu'elle ne reçoit en termes de transferts que les cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) prises en charge par la branche maladie (300 M€).

Le régime général est excédentaire puisqu'il reçoit davantage de transferts du FSV qu'il n'en verse aux autres régimes de base et fonds spéciaux. Cependant, les régimes spéciaux et agricoles sont les principaux bénéficiaires des transferts, à hauteur de 8 Md€ et 7,8 Md€ respectivement, du fait de l'importance des subventions d'équilibre pour les premiers et des transferts de compensation pour les seconds.

3.2.2. Les transferts internes aux régimes de base représentent plus de la moitié des transferts versés (31 Md€ en 2013). Ils devraient augmenter avec l'intégration financière du régime social des indépendants (RSI) au régime général, qui augmentera de plus de 2,5 Md€ les transferts d'équilibrage.

Les flux financiers liés aux compensations (maladie et vieillesse) s'élèvent à 9,3 Md€, au titre de l'exercice 2013. Ce montant se répartit entre 7,8 Md€ de compensation généralisée vieillesse (soit 83% du flux total) et 1,5 Md€ de compensation bilatérale maladie. En 2013, le régime général a versé, 6,3 Md€ de transferts de compensation, soit 68% des transferts de compensation. La CNAV en verse la majeure partie (4,9 Md€), le reste étant à la charge de la CNAM (1,4 Md€). La CNRACL, les régimes de professions libérales et le régime des pensionnés de l'État, avec respectivement 15%, 8% et 7% des transferts versés, sont les autres grands régimes contributeurs. Le principal bénéficiaire est le régime des exploitants agricoles (39% des compensations reçues) du fait de l'importance du nombre de ses bénéficiaires au regard du nombre de ses cotisants. Le régime des salariés agricoles bénéficie de 24% des transferts et les branches vieillesse du RSI de 16%. Enfin la CANSSM (mines) reçoit 14% des transferts du fait de la compensation bilatérale maladie.

L'adossement de la branche vieillesse des industries électriques et gazières (IEG) au régime général conduit à des transferts de près de 2,9 Md€ entre les deux régimes, comprenant chaque année un reversement de cotisations des IEG vers la CNAV (environ 1 Md€) ainsi que le versement d'une soulte (0,3 Md€) et les transferts de prestations de la CNAV vers les IEG pour 1,6 Md€.

La CNAF prend en charge, dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), les cotisations des assistants maternels et des gardes d'enfants à domicile. Cette prise en charge, qui transite par l'ACOSS, s'élève à 3,3 Md€ en 2013 et représente un transfert de cotisations et de CSG de 1,9 Md€ pour les autres branches des régimes de base. Par ailleurs, la CNAF se verse à elle-même 0,3 Md€ de cotisations et de CSG. Le reste est versé à d'autres organismes ayant des cotisations obligatoires, notamment l'Unedic, l'IRCEM²⁰⁶ et l'AGFF²⁰⁷. Ce transfert est en grande partie un transfert interne au régime général (2,2 Md€).

²⁰⁶ L'Ircem gère la protection sociale complémentaire (retraite et maladie) et la prévoyance des assistantes maternelles et des gardes d'enfants à domicile

²⁰⁷ L'Association pour la gestion du fonds de financement Agirc et Arrco (AGFF) a pour objet de financer la retraite complémentaire de salariés n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite complémentaire à taux plein (65 à 67 ans selon sa date de naissance), mais ayant cotisé la durée requise.

Outre ce transfert, les transferts internes au régime général comprennent l'AVPF, la prise en charge des majorations de pensions pour enfants et les prises en charge de cotisations des PAM.

3.2.3. Les transferts reçus (hors transferts internes entre régimes de base) proviennent essentiellement du FSV (41% en 2013), de la CNSA (39%) et, dans une moindre mesure, des contributions publiques (17%), avec notamment les subventions d'équilibre. Le FSV compense aux régimes vieillesse certaines dépenses de prestations (minimum vieillesse et minimum contributif), et prend en charge des cotisations pour période de chômage ou arrêt maladie. La CNSA participe aux dépenses des branches maladie et AT-MP au titre des prestations médico-sociales. Les régimes de base reçoivent également des transferts en provenance des régimes complémentaires vieillesse essentiellement au titre de l'adossment de la CNIEG aux régimes de droit commun (1,1 Md€ en 2013).

3.2.4. Les transferts versés par les régimes de base (hors transferts internes) concernent essentiellement la délégation, par les régimes d'assurance maladie, à la CNSA, des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social (17,2 Md€ en 2013). La CNAF verse des transferts à d'autres organismes au titre des prises en charge de cotisations dans le cadre de la PAJE. Les transferts de cotisations des régimes de base vers les régimes de retraite complémentaire obligatoires se sont élevés à 1,8 Md€ en 2013. Le plus important de ces transferts est celui de la CNIEG à l'AGIRC et à l'ARRCO dans le cadre de l'adossment (1,2 Md€ au total). La prise en charge des cotisations d'avantage supplémentaire vieillesse des médecins se sont élevés à 0,5 Md€ en 2013. Enfin, la CNAM-AT prend en charge les cotisations aux régimes complémentaires de retraite des préretraités pour amiante (0,1 Md€).

Les autres transferts correspondent à des subventions et dotations à des fonds qui s'élèvent à 5,3 Md€ en 2013. Le plus important (4,4 Md€ en 2013) est la dotation de la CNAF au financement du FNAL au titre des APL – aide personnalisée au logement. Cependant, dans le cadre de la compensation des mesures de réductions des cotisations de sécurité sociale prévues par le pacte de responsabilité et de solidarité, a été transférée à l'État l'intégralité de la charge financière des aides personnalisées au logement (APL) précédemment cofinancées par l'État d'une part et la branche Famille d'autre part. Ce transfert conduit à une réduction de 4,75 Md€ d'euros des dépenses de la branche Famille en 2015²⁰⁸.

Les régimes de base versent enfin des dotations à des fonds dédiés à des financements spécifiques dans le domaine de l'assurance maladie (cf. Annexe 8 au PLFSS) et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

²⁰⁸ Article 45 de la loi de finances pour 2015. Cet article vise à compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes dues aux mesures de renforcement des allègements de charges employeurs du pacte de responsabilité et de solidarité, ainsi qu'à la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), soit 6,3 Md€ en 2015. Sur ce montant, 4,75 Mds€ sont compensés par le transfert à l'État de la part des aides personnalisées au logement (APL) actuellement financée par la branche famille, dans un objectif d'unification du financement du Fonds national d'aide au logement (FNAL). Par ailleurs, le régime général bénéficiera en parallèle de 1,52 Mds€ de recettes supplémentaires en 2015, dans le cadre de la mise en place de la retenue à la source des cotisations et contributions de sécurité sociale sur les indemnités versées par les caisses de congés payés prévue en PLFSS. La différence entre les montants que représentent ces transferts et le coût du pacte de responsabilité, soit 0,03 Md€, se traduit par la majoration de 0,02 % de la fraction de TVA nette affectée au régime général. En outre, cet article affecte l'ensemble des prélèvements sociaux sur le capital à la sphère sociale (15,5 points contre 13,5 points auparavant).

Annexe IV.2 : Les missions des principaux fonds de financement de la protection sociale

Les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale ou des dépenses de protection sociale des collectivités locales ont une triple finalité :

- Identifier et isoler des financements (notamment fiscaux) affectés à un segment des politiques sociales, dans une logique de centralisation et de suivi (par exemple, la centralisation des dépenses médico-sociales par la CNSA).
- Mobiliser des ressources en provenance de plusieurs acteurs pour assurer un financement conjoint de certaines dépenses.
- Financer des dépenses non contributives, dites « de solidarité », relevant implicitement d'une logique de solidarité nationale.

Par nature, ces fonds donnent lieu à des transferts qui s'ajoutent à ceux qui existent entre organismes. Les reproches qui leur ont été adressés en termes d'opacité et de manque de lisibilité, ont conduit à mieux retracer leurs ressources et dépenses d'une part dans le PLF et d'autre part dans les annexes au PLFSS. Le paysage reste cependant complexe et caractérisé par des logiques diverses et parfois fluctuantes.

Sont ici brièvement présentés cinq d'entre eux.

1- Le fonds de solidarité vieillesse

Le FSV est chargé du financement des avantages vieillesse à caractère non contributif (droits et cotisations relevant de la solidarité nationale).

Ses charges de transferts (24,1 Md€ en 2013) sont donc constituées de transferts au profit des régimes de base (19,2 Md€) mais aussi des organismes de retraite complémentaire (278 M€). Les transferts au profit des régimes de base concernent :

- les prises en charge de cotisations (12,2 Md€) : au titre du service national et des apprentis (26 M€), du chômage (10,7 Md €)²⁰⁹, de la maladie 1,4 Md€ ;
- les prises en charge de prestations (11,6 Md€) : au titre du minimum vieillesse (3,1 Md€), au titre des majorations de pensions pour enfants (4,6 Md€), au titre des majorations pour conjoint à charge (49 M€), au titre du minimum contributif (3,9 Md€).

Ses recettes (21,4 Md€ en 2013) sont essentiellement de nature fiscale :

- une fraction de CSG (10,6 Md€) ;
- d'autres contributions : forfait social (1,7 Md€), contribution sur les avantages de retraite et de préretraite (271 M€), prélèvement social sur les revenus du capital (68 M€, jusqu'en 2013) ;

²⁰⁹ Le FSV compense le coût, pour le régime général et le régime agricole, de la validation gratuite de trimestres de retraite pour les périodes de chômage. S'agissant des périodes de chômage non indemnisé, le FSV ne les compense depuis 1999 que dans la limite de 29 % des effectifs de chômeurs concernés. Cette compensation est calculée sur une base forfaitaire assise sur le SMIC. Les effectifs de chômeurs à prendre en compte sont notifiés au FSV par Pôle Emploi.

- d'ITAF : taxe sur les salaires (2,1 Md€) et, en 2013, C3S et sa contribution additionnelle (2 Md€). A partir de 2016, une nouvelle recette devra compenser la disparition progressive de cette taxe.

En outre, le fonds bénéficie de transferts de la CNAF au titre des majorations pour enfants (4,6 Md€), qui ne font que transiter par ses comptes.

2- La CNSA

La CNSA a pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile et en établissements. A cet effet, elle a deux fonctions essentielles :

- gérer les dépenses d'assurance maladie dédiées aux établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées ou dépendantes. Celles-ci sont fixées dans le cadre de deux sous-objectifs de l'ONDAM, l'ajout de recettes propres de la CNSA à ce budget permettant de constituer l'objectif de dépenses déléguées (OGD) que les agences régionales de santé mobiliseront ensuite au profit de ces établissements et services ;
- verser un concours aux conseils généraux dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Tant pour les concours aux collectivités que pour la répartition territoriale de l'OGD, la caisse a en outre une mission de résorption des inégalités territoriales et sociales. Elle finance en outre des actions d'animation, de prévention et d'études et concourt à des opérations d'investissement et de modernisation des établissements.

Le financement de la CNSA repose sur trois recettes de nature fiscale : une part de CSG (775,6 M€), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), perçue sur les avantages de retraite (478,5 M€) et, ce qui est sa ressource historique, la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) pour 2 408,4 M€. Soit un total de 3,6 Md€ affecté à ses deux missions principales, mais auquel doivent être ajoutés les crédits de l'assurance maladie (17 Md€) votés dans le cadre de l'ONDAM.

En dépenses, les différentes sections du budget de la caisse retracent les remboursements aux régimes d'assurance maladie (OGD) qui sont en réalité les dépenses effectivement supportées par les établissements et services, et les concours aux collectivités au titre de l'APA (1,7 Md€) et de la PCH (550 M€).

3- Le fonds CMU

Le fonds rembourse les organismes gestionnaires de la CMU complémentaire (CMU-C)²¹⁰ de la prise en charge des prestations (2,2 Md€). Les remboursements des organismes complémentaires sont réalisés par déduction sur le montant de la taxe à laquelle ils sont assujettis. Hors reversement à la CNAMTS de 337 M€, le montant des dépenses de CMU complémentaire atteint 1 845 M€ en 2013. En outre, le fonds finance l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour 230 M€.

²¹⁰ La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son organisme d'assurance maladie d'affiliation ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C.

En 2014, ses ressources sont constituées par :

- la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire santé recouvrée par l'URSSAF de Paris auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie (2,1 Md€ en 2014) ;
- une fraction de 3,15 % des droits de consommation sur les tabacs. Le rendement prévisionnel pour 2014 s'élève à 350 M€.

4- Le Fonds national des solidarités actives

Si le financement du RSA socle est conjointement assuré par les départements et l'État, le financement du RSA chapeau ou activité, part de la prestation complétant les revenus du travail et visant à garantir la progression de l'ensemble des ressources des bénéficiaires en lien avec leurs revenus d'activité, obéit à un schéma particulier qui fait intervenir un fonds de financement.

Pour l'année 2013, la dépense de RSA socle s'est élevée à 9 Md€ pour la France entière. Le FNSA prend lui en charge le RSA activité (1,4 Md€), ainsi que la prime de Noël (480 M€) dont la gestion est assurée selon les cas par les CAF, les caisses de MSA ou Pôle Emploi.

A cet effet, il bénéficie d'une contribution de l'Etat (370 M€ en 2013) et du produit d'un prélèvement de solidarité de 1,45 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, institué par LFSS pour 2013, et qui a remplacé la contribution de 1,1 % mise en place à la création du RSA.

Le projet de loi de finances pour 2015 modifie l'affectation des prélèvements obligatoires entre l'État et la sécurité sociale en affectant à cette dernière l'intégralité des prélèvements sociaux sur le capital. À partir de 2015, les produits du prélèvement de solidarité cesseront donc d'être affectés au FNSA et le fonds se voit inscrire en recettes un montant présenté comme équivalent à la fraction du prélèvement de solidarité qui lui était précédemment affectée, soit 1 735,9 M€, en mesure de périmètre. Ces crédits viennent augmenter la contribution budgétaire du programme 304 du budget de l'Etat au FNSA et la porter à 2 330,9 millions en AE et en CP, qui représentent la totalité de l'action 11.

La perspective annoncée de fusion de la prime pour l'emploi et du RSA activité (avec application au 1er janvier 2016), dans le cadre du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi, va conduire à redéfinir les modalités de financement de cette dépense : le texte prévoit que la prime soit financée par l'Etat.

5- le Fonds de solidarité

Créé en 1982, le Fonds de Solidarité intervient dans le financement du régime de solidarité de l'assurance chômage, qui permet de verser des allocations particulières soit à des travailleurs privés de leur emploi mais qui ne peuvent bénéficier du régime d'assurance (allocation de solidarité spécifique, ASS) soit également à des personnes qui se trouvent dans des situations très particulières (allocation équivalent retraite avant sa suppression, par exemple). Les demandes des allocataires sont instruites et les allocations servies par Pôle Emploi qui sert déjà les allocations du régime d'assurance.

Pour assurer le financement des allocations de solidarité, le fonds de Solidarité collecte une contribution de solidarité, contribution de 1% de la rémunération, prélevée à la source par les employeurs des fonctionnaires et agents publics. Il peut également bénéficier d'une subvention de l'Etat qui lui permet d'équilibrer recettes et dépenses.

En 2013, le montant total des allocations financées par le Fonds de Solidarité a atteint 2,6 Md€.

Annexe IV.3 : Les transferts de compensation entre les régimes de retraite de base

Les transferts de compensation entre les régimes de retraite de base

Contribution aux travaux

du Haut Conseil au financement de la protection sociale

Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites

Les transferts de compensation entre les régimes de retraite de base

Les structures de financement des régimes de retraite de base se distinguent en particulier par l'existence ou non de transferts financiers en provenance d'autres régimes de retraite au titre de la compensation généralisée. Ces transferts représentent pour certains régimes de base une part essentielle de leurs ressources. A l'inverse, pour d'autres régimes qui contribuent à la compensation, les transferts de compensation sont une dépense, qui dans certains cas représente une masse financière importante par rapport aux prestations versées et n'est pas sans conséquence sur les modalités de financement des régimes concernés.

Le Conseil d'orientation des retraites a consacré son dixième rapport adopté en octobre 2011 à ce sujet (« Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation »). Les enseignements de ce rapport restent d'actualité puisque les modalités de calcul des transferts de compensation n'ont pas évolué depuis.

Rappelons que la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoyait, dans son article 4, issu d'un amendement parlementaire, que « *dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Conseil d'orientation des retraites remet au Gouvernement et au Parlement un rapport sur la rénovation des mécanismes de transfert de compensation démographique entre régimes d'assurance vieillesse afin d'assurer la stricte solidarité démographique entre ces régimes. Sur la base de ce rapport, le Gouvernement consulte la commission de compensation entre régimes de sécurité sociale définie à l'article L. 114-3 du code de la sécurité sociale sur un projet de réforme de ces mécanismes.* ».

Après le rappel du fonctionnement de la compensation généralisée, qui comprend une compensation interne aux régimes de salariés (premier étage) et une compensation entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés (second étage), puis une présentation détaillée des montants des transferts financiers correspondants pour l'année 2014, le document reprend la conclusion du dixième rapport du COR. Figure en annexe la synthèse des résultats des simulations qui avaient été réalisées à l'occasion et qui portaient sur les données de l'année 2009.

1. Le fonctionnement de la compensation

1.1. Les principes généraux de la compensation

Dans un système de retraite par répartition composé de plusieurs régimes, la compensation vise, en première approche, à neutraliser entre les régimes l'impact financier des écarts de rapports entre la masse des pensions des retraités et la masse des salaires des cotisants, en opérant des transferts financiers depuis les régimes dont ce rapport est le plus faible vers ceux dont il est le plus élevé. La compensation n'a donc pas pour objet d'assurer l'équilibre financier de chacun des régimes qui y participent.

Dans la mesure où les transferts de compensation ne visent pas à compenser l'impact financier de règles, en matière de droit à la retraite, plus ou moins favorables selon les régimes, ils doivent se fonder sur des règles de calcul des droits à la retraite minimales, communes à l'ensemble des régimes. Ces règles minimales définissent un régime « de référence » (ou « fictif »), dont le taux de cotisation est déterminé de telle sorte que le régime est à l'équilibre.

Pour chaque régime participant à la compensation, le transfert de compensation correspond simplement à son solde financier calculé selon les règles du régime de référence. **Par construction, la somme des transferts de compensation est nulle.**

1.2. La compensation généralisée mise en place en 1974

C'est sur la base décrite ci-dessus qu'a été institué par la loi n°74-1094 du 24 décembre 1974 un mécanisme de compensation généralisée à l'ensemble des régimes de retraite de base²¹¹. L'objectif est de « *remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes* ».

Dans la compensation généralisée, le régime de référence est supposé forfaitaire, c'est-à-dire qu'il verse une prestation de référence unique (dont le montant est le même pour tous les bénéficiaires). L'application du principe de règles minimales a conduit à choisir, pour cette prestation de référence, la pension annuelle moyenne la plus faible des régimes participant.

La compensation est donc calculée sur la base de cette prestation, qui permet de déterminer une masse de pension, ainsi que d'un taux de cotisation unique s'appliquant à la masse salariale ou d'une cotisation moyenne par tête s'appliquant aux effectifs de cotisants pour, dans les deux cas, en déduire une masse de cotisation. Ce taux de cotisation ou cette cotisation moyenne par tête sont calculés de façon à équilibrer le régime de référence, qui rassemble les cotisants et retraités (à partir de l'âge de 65 ans) de l'ensemble des régimes participant à la compensation.

À partir de ces paramètres (prestation de référence et taux cotisation ou cotisation moyenne), chaque régime calcule la masse des cotisations « fictives » qu'il est censé recevoir et la masse des prestations « fictives » qu'il est supposé verser à ses retraités. La différence entre ces deux masses définit le transfert que le régime doit verser (si le solde est positif) ou recevoir (si le solde est négatif).

Cependant, pour pouvoir être appliquées, les règles de calcul de la compensation doivent être telles que l'on dispose des statistiques nécessaires, qui doivent être homogènes et comparables entre les régimes. C'est la raison pour laquelle la loi n°74-1094 du 24 décembre 1974 dispose que « *tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques* ».

²¹¹ Y participent les régimes de base obligatoires dont l'effectif des cotisants et des retraités âgés d'au moins soixante-cinq ans titulaires d'un droit propre est, au total, supérieur à 20 000 personnes au 1^{er} juillet de l'année considérée.

Cela a conduit, en 1974, à la mise en place d'un mécanisme à deux étages : le premier organise une compensation entre régimes de salariés exclusivement ; le second comprend une compensation calculée entre les salariés (dont tous les régimes sont consolidés en un seul bloc) et les régimes de non-salariés pris chacun individuellement.

Dans la compensation entre les régimes de salariés (premier étage), la répartition des charges est fonction de la démographie, mais aussi des masses salariales plafonnées des régimes : on tient compte à la fois des écarts démographiques et des disparités de capacités contributives. En l'absence de données satisfaisantes sur les revenus des non-salariés, la compensation entre les régimes de salariés regroupés en un bloc et chacun des régimes de non-salariés (second étage) est établie en revanche sur une base strictement démographique, la répartition des charges étant fonction des effectifs de cotisants des régimes concernés.

2. Les montants des transferts de compensation en 2014

Les calculs conduisant aux montants des transferts de compensation généralisée sont les suivants (les données portent sur l'année 2014).

2.1. Le premier étage : la compensation interne aux régimes de salariés

Le calcul de la compensation interne aux régimes de salariés comprend les étapes suivantes :

- **la prestation de référence** correspond à la plus faible des prestations annuelles moyennes des régimes de salariés, en l'occurrence celle du régime des salariés agricoles (1 983 euros) ;
- **les charges globales du régime de référence** sont ensuite calculées en multipliant la prestation de référence par l'effectif de retraités de droit direct des régimes de salariés participant à la compensation âgés de 65 ans et plus au 1^{er} juillet de l'année (14 355 361) : $1983 \times 14\,355\,361 = 28,47$ Mrds d'euros ;
- **le taux de cotisation d'équilibre du régime de référence** est obtenu en rapportant les charges globales du régime de référence (28,47 Mrds d'euros) à la masse salariale sous plafond cumulée de chacun des régimes de salariés participant à la compensation (656,98 Mrds d'euros) :

$$\frac{28,47}{656,98} = 4,33 \% ;$$

- **chaque régime calcule ensuite ses ressources et ses charges selon les règles du régime de référence.** Les ressources sont égales au produit de la masse salariale plafonnée par le taux de cotisation d'équilibre et les dépenses sont égales au produit de la prestation de référence par l'effectif de retraités de droit direct du régime, âgés de 65 ans et plus au 1^{er} juillet de l'année ;
- **le montant du transfert** est alors égal à la différence entre les ressources et les dépenses ainsi calculées. Si ce montant est positif, le régime est excédentaire et doit reverser cet excédent aux régimes déficitaires. Si le montant est négatif, le régime est déficitaire et reçoit une compensation à due concurrence du solde négatif constaté.

Par exemple, pour la CNRACL, le montant du transfert au titre du premier étage de la compensation s'est établi en 2014 à :

$$\left(\underbrace{51,31 \text{ Mrds d'euros}}_{\text{Masse salariale sous plafond de la CNRACL}} \times \underbrace{4,33\%}_{\text{Taux de cotisation d'équilibre du régime fictif}} \right) - \left(\underbrace{1983 \text{ euros}}_{\text{Prestation de référence du régime fictif}} \times \underbrace{588\,466}_{\text{Effectif de retraités de droit direct de la CNRACL}} \right) = 1,06 \text{ Mrds d'euros}$$

Ainsi, au sein du premier étage de la compensation, un régime verse (reçoit) un montant financier au titre de la compensation si la part de la masse salariale du régime dans la masse salariale globale est supérieure (inférieure) à la proportion de retraités du régime dans l'ensemble des retraités.

Compensation généralisée interne aux régimes de salariés en 2014 (en millions d'euros)

	Masse salariale sous plafond	Taux de cotisation d'équilibre du régime fictif	Prestation de référence du régime fictif (en euros)	Effectif de retraités de droit direct	Solde (G1)
CNAV	511 666	4,33%	1 983	10 425 973	1 496
Salariés agricoles	18 181			1 606 041	-2 397
Fonctionnaires civils	52 467			1 064 138	163
Fonctionnaires militaires	8 938			166 903	56
FSPOEIE (ouvriers d'État)	1 105			51 652	-55
CNRACL	51 314			588 466	1 056
CANSSM (mines)	81			129 109	-252
SNCF	4662			115 440	-27
RATP	1405			22 658	16
ENIM (marins)	519			51 027	-79
CNIEG	4875			78 598	55
CRPCEN	1375			46 048	-32
Banque de France	394			9 307	-1
Total	656 981			14 355 361	0

Source : Commission de compensation.

2.2. Le second étage : la compensation entre régimes de non-salariés et régimes de salariés

Le calcul de la compensation entre salariés et non-salariés obéit à un schéma proche de celui de la compensation interne aux régimes de salariés, avec des adaptations sur trois points :

- la **prestation de référence** est la prestation la plus faible des régimes de non-salariés²¹², soit en 2014 celle du régime de retraite des commerçants²¹³ (3 420 euros) ;
- le calcul des ressources du régime de référence, qui ne peut être effectué que sur une base démographique, repose sur la définition d'une **cotisation moyenne d'équilibre** par tête. Cette cotisation est obtenue en rapportant la masse des prestations du régime de référence (3 420 × 17 247 877 = 58,98 Mrds d'euros) au nombre des cotisants actifs de ce régime (29 388 049) :

$$\frac{58,98 \text{ Mrds d'euros}}{29\,388\,049} = 2007 \text{ euros ;}$$

- pour le calcul des montants des transferts à opérer, **les régimes des salariés forment un seul bloc**. Le montant global du transfert est ensuite réparti entre chaque régime de salariés au *pro rata* de la masse salariale sous plafond.

En 2014, pour le bloc des régimes salariés, le transfert s'est établi à :

$$\left(\underbrace{26\,614\,020}_{\text{Effectif de cotisants des régimes salariés}} \times \underbrace{2007 \text{ euros}}_{\text{Cotisation moyenne d'équilibre du régime fictif}} \right) - \left(\underbrace{3\,420 \text{ euros}}_{\text{Prestation de référence du régime fictif}} \times \underbrace{14\,355\,361}_{\text{Effectif de retraités des régimes salariés}} \right) = 4,32 \text{ Mrds d'euros.}$$

Le bloc des régimes de salariés, donc chaque régime de salariés, est débiteur au titre du second étage de la compensation (le transfert est positif).

Par exemple, pour la CNRACL, le montant du transfert au titre du second étage de la compensation s'est établi en 2014 à :

$$\underbrace{4,32 \text{ Mrds d'euros}}_{\text{Transfert de compensation des régimes salariés}} \times \underbrace{\left(\frac{51,31}{656,98} \right)}_{\text{Rapport entre la masse salariale sous plafond de la CNRACL et la masse salariale sous plafond des régimes salariés}} = 337,8 \text{ millions d'euros.}$$

Ainsi, au sein du second étage de la compensation, un régime verse (reçoit) un montant financier au titre de la compensation si sa part dans l'ensemble des cotisants est supérieure (inférieure) à sa part dans l'ensemble de retraités (dans ce cadre, les régimes de salariés sont regroupés en un seul bloc).

²¹² Qui totalisent au moins 100 000 retraités de droit direct âgés de 65 ans et plus (depuis 2001).

²¹³ Le régime de base des commerçants et celui des artisans, quoique gérés conjointement par le RSI, sont considérés comme des régimes distincts.

Compensation généralisée entre salariés et non-salariés en 2014 (en millions d'euros)

	Effectif de cotisants	Cotisation moyenne d'équilibre (en euros)	Prestation de référence du régime fictif (en euros)	Effectif de retraités de droit direct	Masse salariale sous plafond	Solde (G2)
CNAV		2 007	3 420		511 666	3 368
Salariés agricoles					18 181	120
Fonctionnaires civils					52 467	345
Fonctionnaires militaires					8 938	59
FSPOEIE (ouvriers d'État)					1 105	7
CNRACL					51 314	338
CANSSM					81	1
SNCF					4 662	31
RATP					1 405	9
ENIM (marins)					519	3
CNIEG					4 875	32
CRPCEN					1 375	9
Banque de France					394	3
Total salariés	26 614 020			14 355 361	656 981	4 324
Exploitants agricoles	497 951			1 332 265		-3 557
RSI-commerçants	801 092			783 457		-1 071
RSI-artisans	687 833			539 400		-464
CNAVPL	730 958			228 923		684
CNBF (avocats)	56 195			8 471		84
Total non salariés	2 774 029			2 892 516		-4 324
Ensemble	29 388 049			17 247 877		0

Source : Commission de compensation.

2.3. Le montant global des transferts de compensation généralisée

Les transferts de compensation généralisée correspondent, au total, à la somme des transferts résultant des deux étages. Ainsi, pour la CNRACL, le transfert global de compensation généralisée s'est élevé en 2014 à : $1,06 + 0,34 = 1,39$ Mrd d'euros.

Montant global des transferts de compensation généralisée en 2014 (en millions d'euros)

	Premier étage (G1)	Deuxième étage (G2)	Total (G1+G2)
CNAV	1 496	3 368	4 863
Salariés agricoles	-2 397	120	-2 277
Fonctionnaires	219	404	624
FSPOEIE (ouvriers d'État)	-55	7	-47
CNRACL	1 056	338	1 394
CANSSM	-252	1	-252
SNCF	-27	31	4
RATP	16	9	25
ENIM (marins)	-79	3	-75
CNIEG	55	32	87
CRPCEN	-32	9	-23
Banque de France	-1	3	1
Total salariés	0	4 324	4 324
Exploitants agricoles		-3 557	-3 557
RSI-commerçants		-1 071	-1 071
RSI-artisans		-464	-464
CNAVPL		684	684
CNBF (avocats)		84	84
Total non-salariés		-4 324	-4 324
Ensemble		0	0

Source : Commission de compensation.

Chiffres clés : la compensation généralisée en 2014

> Les transferts financiers portent sur des masses importantes : 7,8 milliards €

> Les principaux régimes contributeurs sont la CNAV (4,9 milliards €), la CNRACL (1,4 milliard €) et dans une moindre mesure la CNAVPL (0,7 milliard €) et le régime des fonctionnaires de l'État (0,6 milliard €).

> Les principaux régimes bénéficiaires sont les exploitants agricoles (3,6 milliards €), les salariés agricoles (2,3 milliards €) et, dans une moindre mesure, les régimes de retraite du RSI (1,5 milliard € au total).

3. La rénovation des mécanismes de compensation : conclusion du dixième rapport du COR (octobre 2011)

Les mécanismes de la compensation généralisée ont été mis en place par la loi du 24 décembre 1974 avec un objectif bien défini : « *la compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes* ».

Si les principes qui gouvernent la compensation sont généralement reconnus et acceptés, les mécanismes de cette compensation sont souvent regardés comme excessivement complexes. Dès l'origine, la mise en œuvre de la compensation généralisée s'est accompagnée de l'instauration de deux étages, entre régimes de salariés d'une part et régimes de salariés et de non-salariés d'autre part. Au fil du temps, l'institution d'une compensation spécifique, qui s'est traduite par des transferts complémentaires entre régimes spéciaux – et qui a été supprimée au 1^{er} janvier 2012 –, et l'évolution de certains paramètres (intégration des chômeurs dans les effectifs de cotisants de la CNAV et modification dans le même temps de la définition de la prestation de référence) ont pu susciter des incompréhensions et des critiques. En outre, la charge de la compensation repose principalement sur quelques régimes, qui versent à ce titre des montants importants relativement à la masse de leurs prestations (la CNAVPL par exemple) ou sont en déficit (le régime général en particulier) ; à l'inverse, la compensation est devenue une source essentielle de financement pour d'autres régimes, notamment les régimes agricoles et le régime des mines. La légitimité de la compensation n'a de ce fait pas toujours été perçue par les régimes contributeurs.

C'est dans ce contexte que le Parlement a demandé au COR de réfléchir à la rénovation des mécanismes de compensation et de présenter dans un rapport le résultat de ses délibérations.

Partant de l'objectif assigné à la compensation par la loi de 1974, le dixième rapport du COR a cherché à répondre, dans l'ordre, aux questions suivantes.

- a) Les mécanismes de compensation sont-ils encore justifiés ?
- b) Les paramètres et le champ actuels de la compensation sont-ils conformes à l'objectif recherché ?
- c) Peut-on, enfin, faire évoluer les mécanismes de compensation pour répondre au mieux à l'objectif recherché ?

a) S'agissant de la première question, la justification de la compensation ne fait guère de doute lorsqu'il s'agit de faire face aux conséquences financières, pour les régimes de retraite, d'évolutions structurelles telles que le déclin d'un secteur d'activité – par exemple, celui des mineurs ou le secteur agricole – au profit des autres. En revanche, sa généralisation à tous les secteurs d'activité peut être questionnée. Les différences de situation démographique entre régimes peuvent également être la conséquence d'évolutions plus temporaires, liées par exemple à des variations au cours du temps du nombre des recrutements dans les différents secteurs ; dans ce cas, une alternative à la compensation consisterait à opérer des transferts financiers dans la durée, *via* la gestion de réserves internes à chaque régime.

Il reste que la suppression de la compensation telle qu'elle existe aujourd'hui soulèverait des questions d'équité et poserait d'importantes difficultés. D'une part, les régimes participant à la compensation n'ont pu, dès lors qu'ils ont été mis à contribution, constituer des réserves à la hauteur de leur situation financière hors compensation. D'autre part, la suppression de la compensation poserait d'importantes difficultés financières pour les régimes, principalement le régime des exploitants agricoles, qui en bénéficient actuellement.

La compensation est indispensable au financement des régimes en déclin démographique et reste le seul mécanisme disponible aujourd'hui pour transférer une partie des excédents des régimes favorisés démographiquement vers les autres régimes.

Enfin, sa légitimité découle du choix même d'un système de retraite financé en répartition et organisé sur une base socioprofessionnelle, ainsi que du principe d'autonomie financière de la Sécurité sociale.

Quant à son extension éventuelle aux régimes complémentaires, si elle peut se justifier sur le fond, elle poserait problème au motif que la plupart de ces régimes ont constitué des réserves pour faire face notamment aux conséquences financières de leurs évolutions démographiques. Elle soulèverait également un problème de principe, car les régimes complémentaires sont presque tous gérés de manière autonome par les partenaires sociaux.

b) Pour apprécier dans quelle mesure les paramètres actuels sont conformes à l'objectif recherché, il faut au préalable rappeler la logique économique de la compensation.

L'idée sous-jacente à la compensation est simplement d'opérer chaque année des transferts depuis les régimes pour lesquels le rapport entre la masse des pensions et la masse des salaires est relativement faible - et qui sont de ce fait relativement bien lotis sur le plan financier - vers les régimes pour lesquels ce rapport est plus élevé. La somme de ces transferts est nulle et la compensation laisse inchangée la situation financière globale du système de retraite (avant prise en compte des subventions d'équilibre qui viennent combler les déficits de certains régimes).

Dans la mesure où la compensation doit s'efforcer de ne pas mettre à la charge d'un régime des avantages de retraite supérieurs à ceux qu'il verse à ses ressortissants, les transferts doivent se fonder sur des règles de calcul des droits à la retraite minimales et communes à tous les régimes, qui définissent un régime de référence. Le transfert de compensation pour chaque régime correspond alors au solde financier du régime, calculé selon ces règles minimales.

Au regard de la logique économique de la compensation, les principales interrogations portent sur l'organisation de la compensation en deux étages, avec, d'une part, une compensation interne aux régimes de salariés et, d'autre part, une compensation purement démographique entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés (en l'absence de données satisfaisantes sur les revenus des non-salariés), ainsi que sur la définition des règles minimales et notamment le choix actuel d'une prestation de référence forfaitaire, correspondant à la pension moyenne la plus faible des régimes participant à chaque étage.

Les deux étages de la compensation peuvent se justifier par des considérations de principe liées à l'hétérogénéité des deux populations concernées (les salariés et les non-salariés) et à une histoire différente des régimes propres à chacune de ces populations. Certains membres du Conseil sont particulièrement attachés à ces considérations. Toutefois, l'existence de prestations de référence différentes entre les deux étages pose question.

En premier lieu, la coexistence de deux prestations de référence ne paraît pas se justifier au regard de l'objectif de la compensation, en ce qu'elle n'est pas cohérente avec l'application de règles minimales communes à tous les régimes. En effet, la compensation entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés s'effectue par rapport à une prestation de référence (la pension moyenne du régime des commerçants en 2009) supérieure à celle qui s'applique pour la compensation interne aux régimes de salariés (la pension moyenne du régime des salariés agricoles). Appliquer les mêmes règles minimales à tous les régimes participant à la compensation conduirait *de facto* à retenir un seul régime de référence et donc à supprimer les deux étages.

En particulier, si le choix d'une prestation de référence forfaitaire était conservé, l'application de règles minimales communes à tous les régimes participant à la compensation devrait conduire à retenir une seule prestation de référence, en l'occurrence la pension moyenne la plus faible de tous les régimes (celle du régime des salariés agricoles), et donc un seul étage.

Au demeurant, on peut constater qu'avec une même prestation forfaitaire retenue pour les deux étages, la mise en œuvre des mécanismes actuels de la compensation reviendrait à opérer directement (en un seul étage) une compensation entre tous les régimes, sur la base de leurs déséquilibres démographiques et de leurs capacités contributives, et avec l'hypothèse que le revenu moyen des non-salariés est égal au salaire moyen de l'ensemble des salariés. C'est cette hypothèse qui est d'ailleurs retenue implicitement depuis 1974 au sein du second étage. Elle permet de neutraliser, dans le calcul des transferts de compensation, les écarts de capacités contributives entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés, en l'absence de données satisfaisantes sur les revenus des non-salariés.

Il va de soi que si les assiettes de cotisations sous plafond de la Sécurité sociale fournies par les régimes de non-salariés étaient regardées aujourd'hui comme une bonne mesure des capacités contributives des régimes de non-salariés, cette hypothèse serait abandonnée et il conviendrait de prendre en compte ces assiettes de cotisations pour le calcul des transferts de compensation.

La suppression des deux étages contribuerait à simplifier et à clarifier les mécanismes de compensation.

S'agissant en second lieu de la définition des règles minimales, le système actuel soulève deux séries de questions.

D'une part, retenir la pension moyenne la plus faible des régimes participants comme prestation de référence, comme c'est le cas actuellement, ne répond pas complètement au souci d'appliquer pour la compensation des règles minimales. En effet, les règles des régimes de référence – le régime des salariés agricoles pour le premier étage et le régime des commerçants pour le second étage – sont alignées sur celles du régime général et ne peuvent être dès lors regardées comme minimales. La faiblesse des pensions servies par ces régimes s'explique, en réalité, par des durées d'affiliation relativement courtes.

D'autre part, comme les régimes participant à la compensation sont de nature contributive (les pensions sont proportionnelles à la durée d'affiliation et aux revenus de carrière), il y aurait une cohérence certaine à ce que le régime de référence le soit également.

c) Dans le prolongement de ces réflexions, plusieurs pistes d'évolution possible des mécanismes de compensation ont été examinées. Toute évolution doit respecter quelques principes de base : des règles cohérentes, lisibles et équitables ; des règles applicables, fondées sur des données validées et ayant donné lieu à simulation ; un traitement approprié des données indisponibles ou peu fiables, en ce qui concerne notamment les revenus des non-salariés et les revenus de carrière des retraités ; enfin, un étalement dans le temps de la mise en œuvre des réformes afin d'atténuer dans un premier temps leur impact financier pour les régimes.

Deux approches, qui, toutes deux, conduiraient à supprimer les deux étages de la compensation, ont été envisagées. La première, qui s'inscrit dans la continuité des mécanismes actuels, consiste à ne pas remettre en cause le caractère forfaitaire de la prestation de référence, au motif que la pension moyenne la plus faible des régimes participants est facile à déterminer et qu'il n'est pas nécessaire de mobiliser de nouvelles données ; on pourrait donc se borner à supprimer le système à deux étages. La seconde, qui conduirait à rénover plus en profondeur les mécanismes de compensation et semble mieux répondre à l'objectif recherché, consiste à retenir une prestation de référence proportionnelle à la durée d'affiliation et aux revenus de carrière des retraités.

En pratique, cette seconde approche suppose de déterminer d'abord le coefficient de proportionnalité (pension moyenne / (salaire moyen de carrière × durée moyenne)) le plus faible parmi les régimes participants. Puis, la masse des prestations retenue pour le calcul de la compensation serait obtenue, pour chaque régime, comme le produit de ce coefficient minimal par la durée moyenne d'affiliation au régime et par le salaire moyen de carrière des retraités du régime.

Onze simulations [cf. l'annexe] ont été réalisées sur ces bases, d'une part, en fonction de la pension moyenne la plus faible des régimes participants pour la première approche (simulations 1 à 3), d'autre part, en fonction du critère de durée et de la fiabilité des données de revenus des non-salariés pour la seconde approche (simulations 4 à 7 et 4bis à 7bis).

Elles montrent la grande sensibilité du montant des transferts au choix des paramètres retenus. Par exemple, le versement du régime général au titre de la compensation [en 2009] varierait de 2,4 milliards d'euros à 6,1 milliards d'euros (4,8 milliards d'euros avec les règles actuelles) selon les hypothèses choisies dans ces simulations. Ce résultat n'est pas surprenant car les transferts de compensation correspondent à des soldes financiers qui, par nature, sont très sensibles à de faibles variations de la masse des cotisations ou de la masse des prestations.

Dans les simulations 4 à 7 et 4bis à 7bis, le régime de référence serait soit le régime des exploitants agricoles, soit la CNAVPL²¹⁴, et non plus le régime des salariés agricoles ou celui des commerçants comme c'est le cas actuellement avec la compensation à deux étages. Il s'ensuit que, contrairement à ce qui se produirait avec les règles actuelles, une consolidation éventuelle du régime des salariés agricoles avec le régime général ou encore la fusion des deux régimes de retraite du RSI (artisans et commerçants) ne modifieraient pas les résultats de la compensation.

Ces simulations doivent être vues comme de premiers résultats. Compte tenu notamment de la sensibilité des résultats aux données utilisées, il serait nécessaire de conduire un travail approfondi avec les régimes, pour définir plus précisément les paramètres à retenir²¹⁵ et assurer la cohérence et la qualité des données communiquées par les régimes. Ce travail, qui n'a pu être qu'esquissé dans le cadre du dixième rapport du COR, pourrait être confié à la Commission de compensation.

Il reviendrait toutefois au gouvernement, en concertation avec les régimes concernés, d'apprécier l'opportunité et le bien-fondé de toute évolution des mécanismes de compensation, qui modifierait sensiblement les montants des transferts entre les régimes et affecterait de ce fait les circuits de financement actuels.

Il importe, à cet égard, de ne jamais perdre de vue l'objectif de la compensation. La compensation n'a pas pour objet d'assurer l'équilibre financier de chacun des régimes qui y participent et n'apporte pas en soi de nouvelles ressources. Aussi, l'enjeu d'un aménagement plus ou moins substantiel de la compensation ne doit pas faire perdre de vue la question, non moins importante mais distincte, de l'équilibre du système de retraite.

En outre, comme la somme des transferts de compensation est nulle par construction, tout changement des règles conduit à des gagnants et des perdants, et peut difficilement être consensuel parmi les régimes participants. Le consensus est d'autant plus difficile à obtenir que les montants des transferts sont très sensibles au choix des paramètres retenus.

Enfin, il faut rappeler qu'aux termes de la loi de 1974, la compensation devait accompagner une harmonisation progressive des régimes. Plus de trente-cinq ans après sa création, force est de constater que tel n'a pas été le cas.²¹⁶

²¹⁴ Le Conseil s'est toutefois posé la question de savoir s'il ne convenait pas d'écarter, pour la détermination du régime de référence, la CNAVPL en raison des particularités de ce régime.

²¹⁵ Il serait en particulier nécessaire d'expertiser la meilleure façon d'estimer les écarts de revenus de carrière des retraités, à défaut d'observations directes.

²¹⁶ Le COR concluait son dixième rapport en faisant référence à la réflexion nationale qui était alors prévue par la loi portant réforme des retraites de 2010 : « *La réflexion sur la rénovation des mécanismes de compensation n'est donc pas sans lien avec la réflexion nationale sur les objectifs et les caractéristiques d'une réforme systémique de la prise en charge collective du risque vieillesse, qui devrait être engagée à partir du 1^{er} semestre 2013 conformément à la loi du 9 novembre 2010. Il est clair en effet que le rapprochement des règles des régimes faciliterait la définition des règles minimales sur la base desquelles la compensation devrait être opérée* ».

Annexe

Synthèse des résultats des simulations

Deux séries de pistes d'évolution des mécanismes de compensation, qui, toutes deux, conduiraient à supprimer les deux étages, ont été simulées.

La première (simulations 1, 2 et 3) consiste à ne pas remettre en cause le caractère forfaitaire de la prestation de référence, en retenant la pension moyenne la plus faible des régimes participants, en l'occurrence la pension moyenne du régime des salariés agricoles.

La seconde (simulations 4 à 7 et 4bis à 7bis) consiste à retenir une prestation de référence proportionnelle à la durée d'affiliation et (uniquement pour les simulations 4 à 7) aux revenus de carrière des retraités, pour tenir compte du caractère contributif des régimes participants.

Toutes les simulations prennent en compte les différences de situations démographiques (rapport entre le nombre de retraités et le nombre de cotisants) entre les régimes. En revanche, elles se distinguent, d'une part, par la définition de la prestation de référence, d'autre part, par la prise en compte ou non des différences de capacités contributives (salaires ou revenus moyens) entre les régimes et par certains des paramètres retenus, en fonction de la disponibilité et de la fiabilité des données.

Les **simulations 1 à 3** correspondent à des transferts de compensation par rapport à une prestation de référence forfaitaire égale à la pension moyenne la plus faible des régimes participants (soit celle du régime des salariés agricoles égale à 2 015 euros en 2009).

La simulation 1 prend en compte les différences de capacités contributives entre les régimes de salariés mais pas celles entre les régimes de non-salariés, ni entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés. Pour cela, le revenu moyen des non-salariés, pour chaque régime, est supposé égal au salaire moyen de l'ensemble des salariés. Cette simulation correspond à la compensation actuelle, mais en prenant la même prestation de référence pour les deux étages.

La simulation 2 ne prend pas en compte les différences de capacités contributives entre les régimes, ce qui revient à supposer implicitement que le salaire ou revenu moyen des cotisants est le même dans tous les régimes. Elle correspond à une compensation purement démographique.

La simulation 3 prend en compte les différences de capacités contributives entre tous les régimes. La capacité contributive des régimes de non-salariés est estimée par leur assiette de cotisations sous plafond de la sécurité sociale.

Les **simulations 4 à 7** correspondent à des transferts de compensation par rapport à une prestation de référence proportionnelle à la durée d'affiliation et aux revenus de carrière des retraités.

Pour les quatre simulations, la durée nécessaire au calcul du coefficient de proportionnalité (pension moyenne / (salaire moyen de carrière × durée moyenne)) le plus faible est la durée validée écrêtée dans le régime et les écarts entre régimes de salaire ou de revenu moyen de carrière des retraités, faute d'informations pour plusieurs régimes, sont supposés égaux aux écarts de salaire ou de revenu moyen des actifs.

Le régime de référence correspond au régime pour lequel le coefficient de proportionnalité (pension moyenne / (salaire moyen de carrière × durée moyenne)) est le plus faible des régimes participant à la compensation.

Les simulations 4 et 5 prennent en compte les différences de capacités contributives entre tous les régimes (la capacité contributive des régimes de non-salariés est estimée par leur assiette de cotisations sous plafond). La prestation de référence est supposée proportionnelle, entre autres, à la durée cotisée écrêtée dans la simulation 4 et à la durée validées écrêtée dans la simulation 5.

Les simulations 6 et 7 prennent en compte les différences de capacités contributives entre les régimes de salariés mais pas celles entre les régimes de non-salariés, ni entre les régimes de non-salariés et l'ensemble des régimes de salariés (le revenu moyen des non-salariés, pour chaque régime, est supposé égal au salaire moyen de l'ensemble des salariés). La prestation de référence est supposée proportionnelle, entre autres, à la durée cotisée écrêtée dans la simulation 6 et à la durée validées écrêtée dans la simulation 7.

Les **simulations 4bis à 7bis** se distinguent des simulations 4 à 7 uniquement par le fait que la prestation de référence est supposée proportionnelle uniquement à la durée d'affiliation et ne dépend donc pas des revenus de carrière des retraités.

Pour ces quatre simulations, la durée nécessaire au calcul du coefficient de proportionnalité (pension moyenne / durée moyenne) le plus faible est la durée validée écrêtée dans le régime. Le régime de référence correspond au régime pour lequel le coefficient de proportionnalité (pension moyenne / durée moyenne) est le plus faible des régimes participant à la compensation.

Tableau de synthèse de présentation des simulations

Simulation	1	2	3	4	5	6	7	4bis	5bis	6bis	7bis
Déséquilibre démographique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Capacités contributives des salariés	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Capacités contributives des non-salariés	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Paramètres intervenant dans le calcul de la prestation de référence											
Nature de la prestation de référence	Forfaitaire			× durée moyenne × salaire moyen de carrière				× durée moyenne			
Durée (1)	Non	Non	Non	Cotisée	Validée	Cotisée	Validée	Cotisée	Validée	Cotisée	Validée
Salaire moyen de carrière	Non	Non	Non	Oui (2)	Oui (2)	Oui (2)	Oui (2)	Non	Non	Non	Non

(1) Lorsqu'elle est prise en compte, la durée d'affiliation est écrêtée. Les durées moyennes validées sont utilisées pour déterminer le coefficient de proportionnalité le plus faible des régimes participants, mais les prestations de référence de chaque régime sont ensuite supposées proportionnelles aux durées indiquées dans le tableau.

(2) Les écarts entre régimes de salaire moyen de carrière des retraités sont supposés égaux aux écarts de salaire moyen des actifs.

Les montants des transferts de compensation obtenus dans les différentes simulations, ainsi qu'avec les mécanismes en vigueur, figurent dans le tableau ci-après. Les résultats varient fortement selon les simulations, car les transferts de compensation correspondent à des soldes financiers qui, par nature, sont très sensibles à de faibles variations de la masse des cotisations ou de la masse des pensions. On observe que le montant global des transferts serait plus faible qu'actuellement, à l'exception de la simulation 7.

Transferts de compensation dans les différentes simulations (données 2009)

	Actuel	1	2	3	4	5	6	7	4bis	5bis	6bis	7bis
Prestation de référence		Forfaitaire (s)			× durée × salaire moyen de carrière				× durée			
Régime(s) de référence	*	Salariés agricoles			CNAVPL		Exploitants agricoles		Exploitants agricoles			
Régime général	4 827,5	3 381,2	4 174,5	3 730,7	2 444,9	4 308,0	4 022,8	6 134,8	3 346,1	5 011,4	2 615,9	4 367,1
Salariés agricoles	-2 266,8	-2 320,7	-2 347,7	-2 307,7	-588,7	-952,0	-510,2	-858,6	-440,0	-774,4	-469,1	-798,5
Fonctionnaires civils	1 005,1	836,0	325,8	876,9	-978,7	-1 344,4	-742,5	-1 088,9	247,1	102,4	151,4	27,0
Fonctionnaires militaires	66,4	39,7	3,8	46,1	-74,7	-358,6	-39,3	-315,0	13,0	-216,7	-2,1	-228,6
Ouvriers État	-24,5	-29,0	-45,0	-27,9	-189,9	-212,0	-179,8	-201,2	-110,5	-123,3	-113,1	-125,3
CNRACL	1 500,2	1 349,6	1 279,8	1 386,0	2 114,9	1 964,0	2 257,7	2 120,0	2 212,6	2 197,3	2 127,4	2 130,2
Mines	-298,8	-299,5	-301,3	-299,3	-629,9	-630,0	-614,8	-614,8	-503,4	-502,9	-503,8	-503,3
CPRPSNCF	-4,9	-19,8	-64,4	-16,2	-390,1	-427,3	-362,5	-397,8	-215,3	-232,0	-223,7	-238,6
RATP	27,7	23,3	6,1	24,4	-14,4	-42,3	-8,5	-35,5	22,9	6,5	20,4	4,5
Marins	-68,3	-70,2	-67,9	-69,7	-85,6	-85,8	-81,2	-81,3	-93,6	-92,2	-94,7	-93,1
CNIEG	80,0	66,2	7,8	69,5	-116,4	-190,0	-96,2	-167,3	31,0	-9,1	23,1	-15,3
CRPCEN	-12,7	-16,6	-26,0	-15,6	4,3	-5,4	9,1	-0,1	22,6	18,0	20,4	16,3
Banque de France	3,1	1,7	-3,5	2,0	-29,0	-29,0	-26,6	-26,6	-10,6	-9,5	-11,3	-10,1
TOTAL SALARIÉS	4 833,9	2 941,9	2 941,9	3 399,1	1 466,8	1 995,3	3 627,9	4 467,6	4 522,0	5 375,4	3 540,8	4 532,5
EXPL. AGRICOLES	-4 001,6	-2 435,4	-2 435,4	-2 730,6	-2 062,9	-2 483,4	-4 308,9	-5 003,9	-4 724,5	-5 562,1	-4 160,2	-5 017,8
RSI-commerçants	-936,4	-569,9	-569,9	-778,5	-49,7	-95,3	2,3	-56,2	-433,9	-460,1	-11,6	-75,5
RSI-artistes	-458,7	-279,2	-279,2	-337,6	-39,5	-95,2	13,0	-45,9	-142,0	-169,2	1,4	-61,4
CNAVPL	495,8	301,8	301,8	385,9	590,2	584,2	591,2	567,0	673,0	707,2	558,7	552,0
CNBF (avocats)	67,0	40,8	40,8	61,7	95,2	94,5	74,5	71,4	105,4	108,8	70,8	70,2
TOTAL NON SALARIÉS	-4 833,9	-2 941,9	-2 941,9	-3 399,1	-1 466,8	-1 995,3	-3 627,9	-4 467,6	-4 522,0	-5 375,4	-3 540,8	-4 532,5
ENSEMBLE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RG + salariés agricoles	2 560,7	1 060,5	1 826,9	1 423,0	1 856,2	3 356,0	3 512,5	5 276,1	2 906,1	4 237,0	2 146,7	3 568,7
État + rég. subventionnés	702,7	480,5	-142,9	534,2	-2 363,3	-3 100,4	-2 028,5	-2 734,6	-639,8	-1 058,3	-765,6	-1 157,3
Montant global	8 072,7	6 040,2	6 140,2	6 583,3	5 249,5	6 950,7	6 970,5	8 893,1	6 673,8	8 151,6	5 589,6	7 167,3

* Salariés agricoles et RSI commerçants.

État + régimes subventionnés : régimes de la fonction publique d'État (civile et militaire), des ouvriers de l'État, des mines, de la SNCF, de la RATP et des marins.
Source : COR 2011.

Annexe IV.4 : Simulations DSS d'évolution de la compensation démographique vieillesse : premiers travaux exploratoires

Les transferts de compensation entre régimes ont été instaurés dans le but de faire face à l'évolution de la répartition de la population active au sein des secteurs économiques. Les régimes de retraite, reflétant en partie cette répartition de la population active, ont connu une divergence de leur situation financière justifiant la mise en œuvre d'un mécanisme visant à compenser ces déséquilibres démographiques.

Aujourd'hui, les transferts de compensation font l'objet de nombreuses critiques. Tout d'abord, la méthode de calcul retenue fondée sur deux étages introduit de nombreux paramètres et souffre d'un manque de lisibilité, de cohérence et d'équité. Ensuite, les transferts de compensation se superposent à des transferts d'équilibrage pour de nombreux régimes, complexifiant les sources de financement de ces derniers.

L'objet de cette note est d'examiner des pistes d'évolution du mécanisme de compensation à travers une réforme paramétrique du système. Les scénarios examinés ici à titre exploratoire sont des scénarios choisis volontairement de manière polaire, afin de mieux en appréhender les effets financiers. Ils ne doivent pas être regardés comme des réformes clefs en mains. En particulier, la question de la pertinence du calcul actuel de la prestation de référence – qui est déterminante dans le montant des masses transférées par les mécanismes de compensation – n'est pas traitée ici.

* * *

Les questions soulevées par les mécanismes de compensation démographique actuels

Situation actuelle des transferts de compensation

Actuellement, la compensation démographique vieillesse concerne dix-huit régimes. Dix régimes financent des transferts qui bénéficient à huit autres régimes. Les flux financiers de compensation démographique représenteraient 7,8 Md€ en 2015 et 7,9 Md€ en 2018²¹⁷.

Les régimes bénéficiaires de la compensation sont en premier lieu les régimes agricoles, dans un second temps les régimes indépendants (artisans et commerçants) et marginalement la CANSSM, le FSPOEIE et l'ENIM. Le régime des exploitants agricoles reçoit la moitié de ces transferts en 2015 (3,5 Md€) ; ces derniers diminuent légèrement depuis quelques années du fait

²¹⁷ Prévisions issues de la commission de compensation du 26 novembre 2014.

de l'amélioration de son ratio démographique. *A contrario*, les régimes du RSI voient leurs transferts augmenter du fait de la dégradation de leur situation démographique.

Les principaux régimes contributeurs sont, par ordre d'importance, la CNAV, la CNRACL, la CNAVPL et la fonction publique. La forte dégradation du solde démographique des deux régimes de fonctionnaires (civils et militaires) conduit à une diminution importante de leurs transferts de compensation démographique.

Tableau 1 – Transferts de compensations démographiques vieillesse par régimes

<i>en millions d'euros</i>	2015	2018
CNAVTS	4 822	5 262
Salariés agricoles	-2 308	-2 540
État-personnels civils	473	204
État-personnels militaires	130	142
FSPOEIE	-52	-69
CNRACL	1 424	1 299
CANSSM	-246	-229
CPRPSNCF	10	-1
CRP RATP	27	28
ENIM	-76	-81
CNIEG	93	95
CRPCEN	-22	-26
Banque de France	1	-4
Exploitants agricoles	-3 464	-3 159
CNRSI - AVIC	-1 122	-1 221
CNRSI - AVA	-490	-565
CNAVPL	710	758
CNBF	90	107

Source : commission de compensation 26 novembre 2014

Un fonctionnement à deux étages difficilement compréhensible

Le mécanisme superpose deux étages de compensation (*cf.* annexe A). Cette superposition répondait, dans la genèse du mécanisme, à l'objectif d'asseoir une partie des transferts sur la capacité contributive des régimes. Le manque de données des régimes non salariés sur l'assiette de leurs cotisations plaidait alors pour ce système à deux étages : un premier étage entre salariés permettant de prendre en compte leur capacité contributive et un second étage – entre régimes de non salariés et les régimes de salariés pris dans leur ensemble –, où la capacité contributive est uniquement fonction du nombre de cotisants.

Ce mécanisme à deux étages mobilise pour les calculs de compensation deux prestations de référence et deux cotisations d'équilibre, la première exprimée en montant et la seconde en taux. Il y a ainsi deux régimes fictifs. Cela nuit aujourd'hui à la compréhension du mécanisme, car un régime de salarié « déséquilibré » démographiquement bénéficiera du premier étage mais contribuera au second étage.

Dans les travaux de simulation qui suivent, la compensation démographique vieillesse ne comprend qu'un seul étage, Cet étage peut être fondé uniquement sur les caractéristiques démographiques des régimes (première catégorie de variante) ou, à l'inverse, prendre en compte l'assiette de revenus de chaque régime (seconde catégorie de variante).

Une superposition avec les mécanismes d'équilibrage

Parmi les 18 régimes participant à la compensation, neuf bénéficient de mécanismes d'équilibrage impliquant la CNAV ou l'Etat²¹⁸. Cette superposition de deux mécanismes de transferts aux logiques différentes complexifie la compréhension du financement de ces régimes. Par ailleurs, cela gonfle les flux financiers entre régimes de sécurité sociale. Par exemple, la CNAV contribue à la compensation, mais bénéficie *in fine* des produits de compensation des salariés agricoles et du RSI car elle les équilibre. La charge réelle de compensation qui pèse sur les dépenses de la CNAV est ainsi de 0,9 Md€ en 2015 (cf. tableau 2) et non de 4,8 Md€ (cf. tableau 1).

Tableau 2 – Impact financier* des transferts de compensation démographique vieillesse sur la situation financière des régimes

<i>en millions d'euros</i>	2015	2018
CNAVTS	903	936
Etat	266	-6
Exploitants agricoles	-3 464	-3 159
Sous-total	-2 295	-2 229
CNRACL	1 424	1 299
CNAVPL	710	758
CNBF	90	107
CNIEG	93	95
CRPCEN	-22	-26
Banque de France	1	-4

*L'impact financier dans cette note se réfère à l'impact sur les comptes de l'organisme qui équilibre.

Le sous-total correspond à la somme des transferts affectant les soldes de la CNAV, de l'Etat et des exploitants agricoles.

Une première réponse à cette difficulté pourrait consister à diminuer le nombre de flux financiers en affectant comptablement les montants de transferts de compensation des régimes bénéficiaires de la compensation aux régimes qui en assurent l'équilibre (scénario 0). Les calculs résultant des mécanismes de compensation demeureraient identiques, mais :

²¹⁸ La CNAV équilibre les comptes du régime des salariés agricoles et des deux branches du RSI (à compter de 2015) et l'Etat verse une subvention d'équilibre au FSPOEIE, à la CPRPSNCF, à la CANSSM, à la CRPRATP et à l'ENIM et équilibre par une contribution le régime de retraites de la fonction publique.

- les arrêtés de notifications relatifs aux acomptes de transferts de compensation prendraient en compte les mécanismes d'équilibrage : ainsi la charge de compensation de la CNAV serait réduite de l'acompte de compensation à percevoir la MSA et le RSI (à compter de 2015) ;
- les comptes des régimes équilibrés ne feraient plus apparaître les transferts de compensation, ces flux se retrouveraient agrégés dans les comptes des régimes équilibreurs.

Réformes paramétriques de la compensation démographique vieillesse : résultats de simulations

On présente ici, à titre purement exploratoire, quatre scénarios, numérotés 1 à 4, ne comportant qu'un seul étage de compensation (cf. tableau 3), et dans lesquels il a été choisi dans un premier temps de maintenir, dans les conditions précisées dans l'annexe E, les modalités de fixation de la prestation de référence, directement en fonction de la pension moyenne la plus faible dans chaque régime ou bloc de régimes. On commente en outre les effets liés à la fixation d'une prestation moyenne de référence différente permettant de modifier l'ampleur des gains et pertes respectifs.

Les scénarios 1 et 2 sont construits avec les dix-huit régimes participant actuellement à la compensation. Dans le scénario 1, la capacité contributive d'un régime repose uniquement sur son nombre de cotisants ; ce type de scénario est appelé « démographique ». Dans le scénario 2, la capacité contributive d'un régime repose sur l'assiette des revenus de ses cotisations ; ce type de scénario est appelé « contributif ».

Dans les scénarios 3 et 4, les régimes qui sont équilibrés financièrement par un autre régime sont regroupés avec celui-ci pour les calculs de compensation. Deux ensembles de régimes sont donc constitués, l'un associant la CNAV, le régime des salariés agricoles et les deux branches du RSI, l'autre l'Etat (fonctionnaires civils et militaires), le FSPOEIE, la SNCF, la RATP, la CANSSM et l'ENIM. Les régimes non équilibrés financièrement par un autre régime (CNRACL, CNAVPL, CNBF, CNIEG, CRPCEN, Banque de France) continuant d'être regardés comme des régimes séparés du point de vue de la compensation vieillesse, cela ramène à neuf le nombre de régimes ou groupes de régimes pris en compte. Pour les calculs de compensation, les paramètres de revenus et de pension moyenne retenus pour chacun des deux groupes de régimes sont une moyenne pondérée des paramètres de chaque régime du groupe et les effectifs de cotisants et de retraités de chacun des régimes du groupe sont additionnés.

De telles évolutions permettent de clarifier le financement de certains régimes, de diminuer le volume des flux financiers, de rendre plus lisible le mécanisme et de le moderniser en prenant en compte les revenus.

Tableau 3 – Tableau synthétique des différents scénarios

	Actuel	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Nb étages	2	2	1	1	1	1
Fusion des régimes	non	non	non	non	oui	oui
Nb régimes	18	9	18	18	9	9
Contributif/Démographique	Contributif Démographique	Contributif Démographique	Démographique	Contributif	Démographique	Contributif
Prestations de référence	MSA sal RSI Avic	MSA sal RSI Avic	MSA sal	MSA sal	MSA expl	MSA expl
Volume transferts 2015 (Md€)	7,8	3,5	6	6,4	5,9	5,1

Dans les tableaux qui suivent, tout comme dans le tableau 2, on présente les effets financiers par groupe de régimes en isolant en premier lieu le bloc régime général, le bloc Etat et le bloc exploitants agricoles qui sont non fongibles en théorie mais entre lesquels sont mis en œuvre chaque année par la LF et la LFSS des transferts importants permettant de traiter de manière relativement aisée les effets de redistribution à l'intérieur de cet ensemble. C'est la raison pour laquelle figure un sous-total des transferts correspondant à ces trois blocs.

Scénario 1 : maintien de l'ensemble des régimes avec un mécanisme fondé sur un seul étage dans une logique purement démographique

Dans ce premier scénario, les transferts de compensation prendraient en compte uniquement les effectifs de cotisants et les effectifs des retraités. Cela reviendrait, en définitive, à ne garder que le second étage en vigueur actuellement mais en traitant chaque régime de salarié individuellement, et non comme un bloc (cf. annexe A). La prestation de référence retenue serait celle actuellement en vigueur dans le premier étage, à savoir celle des salariés agricoles, car elle demeure la plus faible parmi l'ensemble des régimes.

Dans le schéma, le volume de transferts serait ramené à 6 Md€ en 2015 (cf. tableau 3). L'absence de prise en compte de l'assiette de revenus des régimes salariés modifie fortement la répartition des transferts entre les régimes (cf. tableau 4 et premier tableau de l'annexe B).

Ce scénario conduirait à des gains financiers pour la plupart des régimes salariés (sauf pour la CNRACL et l'ENIM) et une perte pour les régimes non salariés (hormis la CNAVPL et la CNBF). Compte tenu des mécanismes d'équilibrage, la perte serait très forte pour les exploitants agricoles et l'Etat tirerait un gain important de la réforme.

Par ailleurs, des variantes sur le niveau de la prestation de référence ont été réalisées. Une augmentation de la prestation de référence accroît à due proportion les gains perçus par les bénéficiaires et la dépense versée par les contributeurs. A titre d'illustration, une augmentation de 100 € de la prestation de référence majore de 0,3 Md€ le volume des transferts de compensation. Un tableau au sein de l'annexe C récapitule pour chaque scénario et chaque régime la sensibilité des transferts de compensation à une augmentation de 100 € de la prestation de référence.

**Tableau 4 –Transferts de compensation du scénario 1
et écart à la situation actuelle (tableau 2)**

<i>en millions d'euros</i>	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
CNAVTS	714	-189	683	-253
Etat	-610	-876	-777	-771
Exploitants agricoles	-1 998	1 466	-1 810	1 349
Sous total	-1 894	402	-1 904	325
CNRACL	1 468	44	1 455	157
CNAVPL	409	-300	434	-323
CNBF	52	-38	61	-46
CNIEG	8	-84	4	-91
CRPCEN	-39	-17	-42	-16
Banque de France	-5	-6	-9	-5

Source : DSS. Note de lecture : bien que les paramètres des régimes équilibrés ne soient pas intégrés dans les transferts des deux premiers scénarios, les tableaux représentent les impacts financiers sur les comptes de l'organisme qui équilibre. Les tableaux présentés dans l'annexe B répertorient le détail des transferts de compensation par régime, à l'instar du tableau 1. La CNAV contribuerait in fine à hauteur de 714 M€ en 2015, soit 189 M€ de moins que ce qu'elle paie aujourd'hui, compte tenu des mécanismes d'équilibrage.

Scénario 2 : maintien de l'ensemble des régimes avec un mécanisme fondé sur un seul étage dans une logique purement contributive

Dans ce scénario, seul le second étage subsisterait mais il se fonderait désormais sur la capacité contributive de chacun des régimes²¹⁹ (cf. tableau 3). Le transfert de compensation reçu par le régime des exploitants agricoles diminuerait de 1,2 Md€ en raison de la prise en compte de la pension moyenne de la MSA salariés pour les régimes non salariés (contre la pension moyenne du RSI commerçants dans le scénario actuel). Avec une prestation de référence égale à celle des salariés agricoles, les charges de transferts de compensation de la CNAV, l'Etat, la CNRACL et la CNAVPL seraient minorées.

²¹⁹ L'assiette des régimes de non salariés est celle communiquée par le COR dans son 10^{ème} rapport (octobre 2011) pour l'année 2009 (cf. annexe D). Ces assiettes sont projetées à l'horizon 2018 comme le produit de l'évolution de l'assiette des salaires moyens des régimes de salariés et des effectifs de cotisants. Les éventuelles distorsions d'évolution de revenu de certaines professions depuis 2009 ne sont ainsi pas prises en compte.

**Tableau 5 –Transferts de compensation du scénario 2
et écart à la situation actuelle (tableau 2)**

<i>en millions d'euros</i>	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
CNAVTS	235	-668	386	-550
Etat	151	-115	-101	-95
Exploitants agricoles	-2 299	1 166	-2 123	1 036
Sous total	-1 913	382	-1 839	391
CNRACL	1 337	-87	1 224	-75
CNAVPL	435	-275	463	-294
CNBF	81	-9	95	-12
CNIEG	84	-8	88	-7
CRPCEN	-24	-2	-28	-2
Banque de France	0	-1	-4	0

Source : DSS. Note de lecture : la CNAV contribuerait à hauteur de 235 M€ en 2015, soit 668 M€ de moins que ce qu'elle paie aujourd'hui, compte tenu des mécanismes d'équilibrage.

Scénario 3 : un seul étage fondé sur une logique purement démographique, avec regroupement de certains régimes et la prestation de référence étant fixée comme le minimum des prestations moyennes de chacun des blocs de régimes intégrés

Dans ce troisième scénario, les régimes intégrés financièrement sont regroupés pour les calculs de compensation, ce qui conduit à faire reposer directement l'ensemble des calculs de compensation sur neuf régimes ou groupes de régimes, au lieu de 18 aujourd'hui. En conséquence, les paramètres des régimes intégrés sont combinés. A titre illustratif, le bloc « CNAV » agrège les cotisants et les retraités de la CNAV, du régime des salariés agricoles et du RSI.

Comme dans le premier scénario, seul le second étage subsiste. Afin d'estimer la prestation de référence retenue, il a été nécessaire d'estimer la pension moyenne perçue par les deux groupes de régimes (celui de la CNAV et de l'Etat) en rapportant les masses de pensions de droits directs servies aux retraités de plus de 65 ans aux effectifs cumulés des régimes (voir annexe E pour plus de détail sur les données relatives à la prestation de référence).

Dans ce nouveau cadre, la prestation de référence, à règle inchangée, deviendrait alors celle du régime des exploitants agricoles. En effet le bloc CNAV, MSA salariés et RSI présente une pension moyenne plus élevée que celle de la MSA exploitants.

Dans ce scénario 3, le volume de transferts s'élève à 5,9 Md€ en 2015 (cf. tableau 3). En effet, le plus faible nombre de régimes réduit les masses de transferts, mais cet effet est en partie atténué par la hausse de la prestation de référence (la prestation de référence dans ce scénario atteint 4 400 € en 2015 contre 1 998 € pour le premier étage et 3 464 € pour le second étage dans le scénario actuel).

Ces évolutions dans le mode de calcul de la compensation, et notamment la forte hausse de la prestation de référence, se traduisent par des variations importantes dans le niveau des transferts reçus ou versés par les différents régimes par rapport à la situation actuelle : l'Etat et les exploitants agricoles seraient les principaux bénéficiaires de ce scénario, la CNRACL et la CNAV contribueraient davantage aux transferts de compensation.

**Tableau 6 –Transferts de compensation du scénario 3
et écart à la situation actuelle (tableau 2)**

<i>en millions d'euros</i>	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
CNAVTS	1 576	673	1 508	573
Etat	-1 345	-1 611	-1 715	-1 709
Exploitants agricoles	-4 408	-944	-3 998	-839
Sous total	-4 178	-1 883	-4 205	-1 976
CNRACL	3 239	1 815	3 214	1 915
CNAVPL	903	193	959	201
CNBF	115	25	135	28
CNIEG	18	-75	9	-87
CRPCEN	-85	-63	-92	-67
Banque de France	-12	-13	-19	-15

Source : DSS. Note de lecture : la CNAV contribuerait à hauteur de 1576 M€ en 2015, soit 673 M€ de plus que ce qu'elle paie aujourd'hui, compte tenu des mécanismes d'équilibrage.

Scénario 4 : un seul étage fondé sur une logique contributive, avec regroupement de certains régimes et la prestation de référence étant fixée comme le minimum des prestations moyennes de chacun des blocs de régimes intégrés

Enfin, le dernier scénario est calqué sur le scénario 3 mais avec prise en compte de la capacité contributive des régimes. Comme pour le scénario 3, la prestation de référence deviendrait celle des exploitants agricoles (cf. annexe E).

Le transfert de compensation en faveur des exploitants agricoles augmenterait de 1,6 Md€ en raison de la prise en compte de la pension moyenne de ce régime comme prestation de référence. De même, la CNRACL, la CNAVPL, la CNBF, la CNIEG et l'Etat contribueraient plus que dans le scénario actuel. S'agissant de la CNAV, l'augmentation de la prestation de référence est compensée par l'intégration du RSI et du régime des salariés agricoles. En outre, la prise en compte des assiettes de revenus pour les régimes non salariés (second étage) minore la contribution de la plupart des régimes salariés et en particulier pour le bloc CNAV.

**Tableau 7 –Transferts de compensations du nouveau scénario et écart à la situation actuelle
(tableau 2)**

	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
<i>en millions d'euros</i>				
CNAVTS	518	-385	851	-84
Etat	333	67	-222	-217
Exploitants agricoles	-5 071	-1 607	-4 689	-1 530
Sous total	-4 220	-1 925	-4 060	-1 831
CNRACL	2 950	1 526	2 702	1 403
CNAVPL	959	249	1 024	266
CNBF	178	88	210	103
CNIEG	186	94	194	99
CRPCEN	-53	-32	-61	-35
Banque de France	1	0	-9	-5

Source : DSS. Note de lecture : la CNAV contribuerait à hauteur de 518 M€ en 2015, soit 385 M€ de moins que ce qu'elle paie aujourd'hui, compte tenu des mécanismes d'équilibrage.

Annexe A – Description sommaire du fonctionnement des mécanismes de compensation démographique vieillesse

Le principe général de la compensation généralisée vieillesse est de regarder la situation des différents régimes s'il leur était appliqué les caractéristiques d'un régime fictif qui servirait une prestation dite de référence et qui recevrait une cotisation moyenne par actif lui permettant de s'équilibrer. Les régimes qui dégageraient un excédent sont débiteurs et les régimes qui seraient en déficit sont créanciers.

Plus spécifiquement, la compensation comporte deux étages, soit deux régimes fictifs :

- un premier étage « contributif » :
 - compensation spécifique aux régimes de salariés ;
 - la prestation de référence est la pension moyenne servie dans le régime des salariés agricoles, dont le montant est le plus faible de toutes les pensions servies ;
 - les recettes sont assises sur les masses salariales.
- un deuxième étage « démographique »
 - entre les régimes de salariés considérés comme un bloc et les régimes de non-salariés pris séparément ;
 - la prestation de référence est la pension moyenne servie aux commerçants ;
 - les recettes sont assises sur le nombre de cotisants, sans prise en compte des revenus moyens de chaque régime ;
 - la répartition de la charge de compensation au sein du bloc de régimes salariés se fait *au prorata* des masses salariales plafonnées des régimes.

1er étage

en millions d'euros

	2015	2018
CNAVTS	-930	-603
Etat	-183	-405
CNRACL	1 085	983
CNIEG	61	65
CRPCEN	-31	-34
Banque de France	-2	-6

2ème étage

en millions d'euros

	2015	2018
CNAVTS	1 833	1 538
Etat	449	400
CNRACL	338	316
CNIEG	32	30
CRPCEN	9	8
Banque de France	3	2
Exploitants agricoles	-3 464	-3 159
CNAVPL	710	758
CNBF	90	107

Annexe B – Détail des transferts de compensation par régime des deux premiers scénarios

Transferts de compensation du nouveau scénario 1 et écart au tableau 1

<i>en millions d'euros</i>	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
CNAVTS	4 055	-767	4 329	-933
Salariés agricoles	-2 411	-104	-2 622	-82
État-personnels civils	-210	-683	-386	-590
État-personnels militaires	29	-101	39	-103
FSPOEIE	-65	-14	-77	-8
CNRACL	1 468	44	1 455	157
CANSSM	-247	-1	-229	-1
CPRPSNCF	-47	-58	-53	-52
CRP RATP	5	-22	8	-20
ENIM	-74	2	-78	3
CNIEG	8	-84	4	-91
CRPCEN	-39	-17	-42	-16
Banque de France	-5	-6	-9	-5
Exploitants agricoles	-1 998	1 466	-1 810	1 349
CNRSI - AVIC	-647	475	-700	521
CNRSI - AVA	-282	207	-324	241
CNAVPL	409	-300	434	-323
CNBF	52	-38	61	-46

Source : DSS. Note de lecture : hors mécanismes d'équilibrage, la CNAV contribuerait à hauteur de 4055 M€ en 2015, soit 767 M€ de moins que ce qu'elle paie aujourd'hui.

Transferts de compensation du nouveau scénario 2 et écart au tableau 1

<i>en millions d'euros</i>	2015		2018	
	Montant transfert	Ecart à l'actuel	Montant transfert	Ecart à l'actuel
CNAVTS	3 971	-851	4 500	-763
Salariés agricoles	-2 338	-31	-2 567	-26
État-personnels civils	386	-87	132	-72
État-personnels militaires	115	-15	129	-13
FSPOEIE	-53	-2	-70	-1
CNRACL	1 337	-87	1 224	-75
CANSSM	-247	0	-229	0
CPRPSNCF	3	-8	-7	-6
CRP RATP	25	-2	26	-2
ENIM	-77	-1	-82	-1
CNIEG	84	-8	88	-7
CRPCEN	-24	-2	-28	-2
Banque de France	0	-1	-4	0
Exploitants agricoles	-2 299	1 166	-2 123	1 036
CNRSI - AVIC	-967	155	-1 053	168
CNRSI - AVA	-431	59	-494	72
CNAVPL	435	-275	463	-294
CNBF	81	-9	95	-12

Source : DSS. Note de lecture : hors mécanismes d'équilibrage, la CNAV contribuerait à hauteur de 3971 M€ en 2015, soit 851 M€ de moins que ce qu'elle paie aujourd'hui.

Annexe C – Elasticité des transferts de compensation à une augmentation de 100 euros de la prestation de référence par scénario

Elasticité de la prestation de référence sur les transferts de compensation des régimes pour les deux premiers scénarios

<i>en millions d'euros</i>	scénario 1	scénario 2
CNAVTS	203	199
Salariés agricoles	-121	-117
État-personnels civils	-11	19
État-personnels militaires	1	6
FSPOEIE	-3	-3
CNRACL	73	67
CANSSM	-12	-12
CPRPSNCF	-2	0
CRP RATP	0	1
ENIM	-4	-4
CNIEG	0	4
CRPCEN	-2	-1
Banque de France	0	0
Exploitants agricoles	-100	-115
CNRSI - AVIC	-32	-48
CNRSI - AVA	-14	-22
CNAVPL	20	22
CNBF	3	4

Source : DSS. Note de lecture : si la prestation de référence augmente de 100 €, la contribution de la CNAV aux transferts de compensation dans le cadre du scénario 1 augmenterait de 203 M€ (hors transferts d'équilibre).

Impact financier d'une variation de la prestation de référence de 100 euros sur les transferts de compensation des régimes pour les deux derniers scénarios

<i>en millions d'euros</i>	scénario 3	scénario 4
CNAVTS	36	12
Etat	-31	8
Exploitants agricoles	-100	-115
Sous total	-95	-96
CNRACL	73	67
CNAVPL	20	22
CNBF	3	4
CNIEG	0	4
CRPCEN	-2	-1
Banque de France	0	0

Source : DSS. Note de lecture : si la prestation de référence augmente de 100 €, les transferts de compensation dégraderaient le solde de la CNAV de 36 M€ dans le cadre du scénario 3, compte tenu des mécanismes d'équilibre.

Annexe D – Assiettes moyennes des revenus plafonnés par régime

<i>en euros</i>	2009
Régime général	21 654
Salariés agricoles	23 247
Fonctionnaires civils	28 241
Fonctionnaires militaires	24 719
FSPOEIE	29 447
CNRACL	23 189
CANSSM	27 273
SNCF	28 218
RATP	30 574
ENIM	20 740
CNIEG	31 456
CRPCEN	26 898
BANQUE DE France	30 700
Exploitants agricoles	10 782
RSI-AVIC	16 318
RSI-AVA	20 093
CNAVPL	25 097
CNBF	31 066

Source : rapport COR 2011

Annexe E – Prestation de référence dans le cadre de la fusion des régimes équilibrés

Il existe dans le mécanisme de compensation actuel deux prestations de référence : celle des salariés agricoles pour les transferts internes au bloc salariés et celle du régime des commerçants pour les transferts entre régimes non salariés et le bloc salariés considéré dans son ensemble.

Dans les deux premiers scénarios étudiés dans cette note, la pension moyenne la plus faible reste calculée au niveau de l'ensemble des 18 régimes et est donc égale à celle du régime des salariés agricoles.

Dans les scénarios 3 et 4, la pension moyenne pour chacun des blocs (le bloc « CNAV » qui intègre les régimes intégrés au régime général et le bloc « Etat » qui agrège les paramètres des régimes spéciaux équilibrés par l'Etat) correspond à une moyenne pondérée des pensions moyennes de chacun des régimes intégrant le bloc. En définitive, la pension moyenne la plus faible sur la période 2015-2018 correspondrait à celle des exploitants agricoles. En effet, le poids élevé de la CNAV masque les faibles pensions touchées par les indépendants et les salariés agricoles.

Prestation moyenne des neuf régimes participant aux transferts de compensation dans les scénarios 3 et 4.

en euros	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CNAVTS	5 553	5 685	5 731	5 784	5 845	5 886	5 934
Etat	22 364	22 955	23 216	23 438	23 850	24 319	24 881
Exploitants agricoles	4 306	4 376	4 398	4 408	4 454	4 494	4 551
CNRACL	15 594	15 838	15 957	16 055	16 282	16 588	16 939
CNAVPL	4 963	5 017	5 025	5 009	4 913	4 765	4 643
CNBF	11 057	11 062	11 238	11 377	11 606	11 805	12 008
CNIEG	29 020	29 447	29 607	29 913	30 431	31 139	31 935
CRPCEN	10 938	11 102	11 151	11 195	11 211	11 228	11 244
Banque de France	30 698	31 226	31 388	31 523	31 936	32 559	33 194

Source : DSS. En 2015, la pension moyenne de la CNAV et des régimes qui sont intégrés au régime général (MSA salariés et RSI) atteindrait 5784 € hors prises en charge au titre du MICO par le FSV. La prestation de référence sur la période considérée, correspondant à la plus faible des pensions moyennes, serait celle des exploitants agricoles.

Chapitre V

Le recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité

La lettre de saisine adressée au Haut Conseil du financement de la protection sociale par le Premier Ministre le 21 octobre 2014 demandait un examen spécifique de « la faisabilité d'une nouvelle étape de rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, en ce qui concerne notamment les cotisations de retraite complémentaire ».

Pour mener cet examen, le Haut Conseil s'est appuyé sur les documents administratifs disponibles concernant le recouvrement des prélèvements sociaux, notamment sur les éléments d'état des lieux qui lui ont été fournis par la Direction de la sécurité sociale et la Caisse des dépôts, ainsi que sur les rapports réalisés dans le cadre de la démarche de « modernisation de l'action publique » sur la simplification du recouvrement des cotisations sociales et sur la gestion des régimes de retraite. Il a ainsi pu examiner le 20 mai 2015 un premier document dressant un état des lieux du recouvrement des prélèvements sociaux et identifiant des domaines où des évolutions seraient possibles.

S'agissant plus particulièrement du constat et des voies d'évolution relatifs au recouvrement des cotisations de retraite complémentaire des régimes AGIRC-ARRCO, le Haut Conseil a pu s'appuyer :

- d'une part, sur un rapport de la Cour des comptes de décembre 2014 portant sur la situation et les perspectives de ces régimes²²⁰ ;
- d'autre part, sur les travaux d'un groupe de travail réunissant les services du GIE AGIRC-ARRCO, du Centre technique des institutions de prévoyance, de l'ACOSS, de l'UNEDIC, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (MSA), du régime social des indépendants (RSI), de la mission interministérielle sur la déclaration sociale nominative (DSN) et de la Direction de la sécurité sociale.

Ce groupe de travail a permis de préparer les auditions par le Haut Conseil des différentes parties prenantes, représentées par les dirigeants des organismes précédents, qui se sont tenues le 27 mars 2015. Sur la base d'un questionnaire adressé à ses participants, les travaux du groupe de travail ont également permis de collecter l'information nécessaire à un premier document que le Haut Conseil a examiné le 20 mai 2015.

Le présent chapitre synthétise l'ensemble de ces travaux, grâce aux contributions d'une part de M. Philippe Laffon, inspecteur général des affaires sociales, et d'autre part de M. Mathieu Gatineau, auditeur à la Cour des comptes. Il se compose de trois parties :

- un état des lieux du recouvrement de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité (I) ;
- un regard rétrospectif sur les expériences passées d'évolution du recouvrement (II) ;

²²⁰ Cour des comptes (2014), « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) », rapport public thématique, décembre.

- un examen spécifique de la situation et des perspectives d'évolution du recouvrement des cotisations de retraite des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO (III).

I. Un état des lieux synthétique du recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité

Ce premier point vise à resituer la question d'éventuelles réformes du recouvrement dans une approche globale, en préalable à l'étude des exemples récents de transfert de ces fonctions de recouvrement entre organismes de protection sociale (partie II) et à l'analyse des perspectives concernant plus spécifiquement les cotisations des régimes AGIRC-ARRCO (partie III). Il présente les grandes lignes de l'organisation française du recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité, en proposant un éclairage particulier sur le secteur des retraites complémentaires pris dans son ensemble, qui présente le nombre d'intervenants le plus nombreux, et en mobilisant, outre les contributions des administrations et de la Caisse des Dépôts, les évaluations récentes qu'ont menées, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, les inspections générales des affaires sociales et des finances sur la performance globale de ce système.

I.1. Une organisation segmentée du recouvrement, reflet de la variété des régimes de gestion des risques

I.1.1. Un système éclaté mais avec une concentration croissante autour de la branche du recouvrement du régime général

Comme le rappelle un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF²²¹, la diversité est un trait distinctif du système français de gestion des prélèvements obligatoires pris au sens large, 250 entités intervenant pour la gestion de 600 prélèvements.

La mosaïque française résulte à la fois du nombre élevé de prélèvements, de la structuration de ces prélèvements autour de champs d'intervention relativement étanches (l'Etat, la protection sociale, la formation professionnelle) et, au sein de ces pôles, de la dispersion des acteurs : pour l'Etat, les grands réseaux de la DGFIP et DGDDI (douanes et droits indirects) mais aussi de très nombreuses agences et opérateurs ; pour la protection sociale, les URSSAF mais aussi les différents régimes auxquels sont dévolues des missions de recouvrement ; pour la formation professionnelle et l'apprentissage, plus de 150 organismes collecteurs. Cet éclatement fait contraste avec le choix retenu par d'autres pays de centraliser le plus possible le recouvrement auprès d'opérateurs spécialisés : le rapport note ainsi que 85% des prélèvements britanniques relèvent de la responsabilité du HRMC (*Her Majesty's Revenue and Customs*)²²². Pour autant, si le système français est marqué par le nombre important d'acteurs intervenant dans les prélèvements, il est aussi relativement concentré : DGFIP, Douanes et branche du recouvrement (ACOSS/URSSAF) représentent 80% du montant collecté.

Au sein de la sphère sociale, la concentration est supérieure à celle observée dans la sphère de l'Etat en raison du poids important de la branche du recouvrement du régime général (cf. encadrés 1 et 2). Dans les conventions retenues par le rapport IGAS/IGF précité, la branche est en 2012 à l'origine de 71% des sommes collectées par des organismes de protection sociale. Parmi les organismes gérant des

²²¹ IGAS / IGF, « Rapport relatif à la rationalisation du coût de gestion des prélèvements obligatoires », Juillet 2014.

²²² Voir aussi Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Rapport sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale », Novembre 2014, notamment pp. 124-126 et tableau récapitulatif des modalités de recouvrement en Allemagne, Angleterre, Espagne, Italie et Suède p. 127.

prélèvements assis sur la masse salariale, son poids relatif est du même ordre : deux tiers des 328 Md€ de prélèvements assis sur la masse salariale en 2012.

Encadré n°1 : Liste des prélèvements sur la masse salariale recouverts par les URSSAF

À la charge du salarié et de l'employeur

Il s'agit notamment des cotisations de sécurité sociale qui couvrent l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et l'assurance vieillesse de base (cotisations plafonnées et déplafonnées), ainsi que des cotisations d'assurance chômage,

À la charge de l'employeur uniquement

Il s'agit :

- des cotisations d'allocations familiales et des cotisations d'accidents du travail,
- de la contribution solidarité autonomie,
- du versement au Fonds national d'aide au logement (Fnal),
- de la cotisation AGS, qui finance le régime de garantie des salaires, qui permet, en cas de redressement ou liquidation judiciaire d'une entreprise, de garantir le paiement des rémunérations, préavis et indemnités des salariés,
- du versement transport (pour les employeurs de plus de 9 salariés dans un périmètre de transport urbain).

S'y ajoutent à partir de 2015 la contribution au financement des organisations professionnelles et des organisations syndicales et la contribution spécifique pénibilité, due par les employeurs ayant exposé au moins un de leurs salariés à la pénibilité²²³.

À la charge du salarié uniquement

Il s'agit de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus d'activité.

Cette vision du rôle de la branche du recouvrement est cependant lacunaire puisque, dans une vision plus large qui inclut les sommes collectées au profit des partenaires, y compris hors du champ social, et les sommes perçues auprès d'autres organismes de recouvrement mais réparties par l'ACOSS (CSG et CRDS notamment), ce sont 476 Md€ de cotisations et contributions, soit l'équivalent de plus de 22% du PIB, qui ont été collectés par la branche en 2014.

²²³ Une cotisation « générale » au titre de la prévention de la pénibilité devrait être recouvrée à partir de 2017.

Encadré n°2 : Les prélèvements sociaux recouverts par l'ACOSS et les URSSAF, hors régime général

Au-delà des cotisations de sécurité sociale destinées à financer le régime général, la branche du recouvrement intervient pour recouvrer :

- des impôts et taxes affectées (ITAF) : il s'agit notamment des taxes pharmaceutiques, de la taxe sur les contributions des employeurs au titre du financement de prestations complémentaires de prévoyance, du forfait social, des contributions sur les stocks options, attributions gratuites d'action, les avantages de pré-retraite et retraites chapeaux, du prélèvement social sur les revenus du patrimoine,
- des cotisations au profit d'autres régimes de sécurité sociale : pour le compte du RSI dans le cadre de l'ISU, pour le compte de la CIPAV (cotisations vieillesse), pour le compte de la CRPSNCF et de la CNIÉG (cotisations vieillesse), pour le compte de l'AGESSA et de la MDA (cotisations maladie des artistes-auteurs), pour le compte du régime local d'Alsace-Moselle (cotisation maladie),
- des cotisations ou contributions pour le compte de tiers : il s'agit notamment des cotisations chômage et AGS au profit de l'UNEDIC, du versement transport au profit des autorités organisatrices de transport, des cotisations de retraite complémentaire et prévoyance au profit de l'IRCEM (retraite complémentaire des salariés employés au service des particuliers et des familles : salariés du particulier employeur, salariés d'associations ou d'entreprises de services à la personne), des cotisations à certains fonds de formation (indépendants, employés de maison) et enfin des cotisations recouvrées dans le cadre des dispositifs simplifiés (TESE, CESU ...).

Cette concentration du prélèvement autour de l'ACOSS et des URSSAF, qui a crû avec les réformes récentes (transfert du recouvrement des allocations chômage et mise en place de l'interlocuteur social unique des travailleurs indépendants), n'a cependant pas empêché le maintien de fonctions de recouvrement, au sein d'organismes de taille parfois très réduite.

1.1.2. Un panorama des organismes de recouvrement et de leurs champs d'intervention qui pose des questions de cohérence d'ensemble

Les origines historiques et professionnelles des régimes expliquent l'existence des missions de recouvrement qui leur sont dévolues. Pour autant, les conséquences des évolutions qui sont intervenues et interviennent encore dans la vie des régimes (fusions, rapprochements, changements de périmètre de compétence et notamment des risques couverts) n'ont pas nécessairement été tirées en matière de recouvrement.

Il en résulte des problèmes de cohérence d'ensemble dans le paysage des compétences et des acteurs du recouvrement. Ils apparaissent à la fois lorsque l'on considère les populations, entreprises et statuts professionnels couverts et lorsque l'on examine la logique du financement des risques et des régimes.

1.1.2.1. Au regard du statut des populations

✓ Concernant les salariés du secteur privé

Le principe général conduit à distinguer les salariés du secteur agricole, qui bénéficient d'un recouvreur unique de leurs cotisations, des salariés de l'industrie et du commerce.

Dans le premier cas, les caisses de la mutualité sociale agricole assurent en effet l'intégralité du recouvrement, qu'il s'agisse des cotisations de sécurité sociale (maladie et vieillesse), des cotisations chômage (pour le compte du régime d'assurance chômage), des cotisations de retraite complémentaire (pour le compte du groupe AGRICA qui gère les régimes AGIRC-ARRCO des salariés du monde agricole), voire des cotisations de prévoyance et de couverture complémentaire santé (cf. partie III).

Dans le second cas, la compétence des URSSAF, initialement limitée aux cotisations de sécurité sociale et à la CSG/CRDS sur les revenus d'activité, a été étendue aux cotisations d'assurance chômage par la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi. En revanche, les cotisations de retraite complémentaire sont recouvrées par des institutions de retraite complémentaire (IRC) qui adhèrent soit à la fédération AGIRC, soit à la fédération ARRCO, et sont par ailleurs membres de groupes de protection sociale (GPS), qui regroupent également des institutions de prévoyance (IP), des mutuelles ou d'autres organismes d'assurance de personnes (cf. partie III).

Il existe cependant, au sein de la population des salariés du secteur privé couverts par le régime général, des spécificités propres à certains statuts qui ont justifié l'existence de circuits de recouvrement propres.

Ainsi, pour les voyageurs et représentants de commerce travaillant pour deux ou plusieurs employeurs, le recouvrement est effectué par une caisse nationale de compensation (CCVRP) (cf. encadré 3).

Encadré n°3 : Le recouvrement des cotisations des VRP

Les voyageurs représentants et placiers de commerce sont affiliés au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble des risques qu'il couvre. Si, pour les VRP dits « exclusifs », le recouvrement s'effectue dans les conditions de droit commun (taux de cotisations sociales de droit commun et recouvrement à l'URSSAF), pour les VRP à cartes multiples (dits aussi « multi-cartes »), qui travaillent pour deux employeurs au moins, une caisse nationale de compensation (CCVRP) est en charge du calcul, du recouvrement et du versement aux URSSAF des cotisations de sécurité sociale, d'allocations familiales et de la contribution solidarité autonomie (CSA). Elle recouvre aussi la CSG/CRDS, le FNAL et la taxe sur les cotisations aux régimes complémentaires de prévoyance (hors AGIRC et ARRCO), ainsi, pour le compte de l'UNEDIC, que les cotisations d'assurance chômage et la cotisation à l'AGS. La caisse a été créée à la demande des principales organisations syndicales de représentants et d'employeurs, sous la forme d'une association loi 1901.

De même, pour les artistes-auteurs, la Maison des artistes (MDA), pour les artistes plasticiens et graphistes, et l'association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (AGESSA), pour les écrivains, compositeurs, chorégraphes..., conservent une partie du processus de recouvrement (cf. encadré 4).

Encadré n°4 : Le recouvrement des cotisations des artistes-auteurs

Le régime des artistes-auteurs repose sur la double assimilation de ces professionnels à des salariés, quoique leur statut soit plus proche de celui de travailleurs indépendants, et de leurs diffuseurs d'œuvres à des employeurs²²⁴. En conséquence, l'artiste auteur acquitte des cotisations « salariales » (maladie, vieillesse, CSG/CRDS et la contribution pour la formation professionnelle), dont le calcul et l'appel sont faits par les organismes gestionnaires (MDA et AGESSA) à partir de la déclaration fiscale et des rémunérations perçues. Le diffuseur est, lui, soumis à une contribution *ad hoc* qui tient lieu de « part patronale ».

Les organismes gestionnaires vérifient également les conditions d'affiliation, sujet essentiel pour un régime qui distingue ses assujettis (qui cotisent au premier euro, dès lors que leur travail relève du périmètre du régime) de ses affiliés (dont les revenus relevant du régime sont supérieurs à un seuil d'affiliation). Les prestations sont servies par le régime général pour la maladie et les retraites de base, aucune couverture n'existant en chômage ou AT/MP.

Concernant les retraites complémentaires, les règles sont particulièrement complexes, trois régimes distincts, gérés par l'IRCEC, existant pour les artistes-auteurs, dont deux recouvrent directement les cotisations correspondantes.

Dans les deux cas particuliers des VRP multicartes et des artistes auteurs, les missions de contrôle, de recouvrement forcé et de contentieux relèvent par contre de la compétence des URSSAF.

✓ *Concernant les non salariés*

Pour les exploitants agricoles, les caisses de MSA disposent de l'intégralité de la compétence en matière de recouvrement des prélèvements sociaux.

Dans le cadre de l'interlocuteur social unique, les cotisations des artisans et commerçants sont recouvrées par les URSSAF (recouvrement amiable jusqu'au 30^{ème} jour), les caisses du RSI étant en charge de l'affiliation, de la collecte des déclarations de revenu et du recouvrement forcé et contentieux (cf. partie II.) Pour les micro-entrepreneurs, le régime du recouvrement suit celui des artisans et commerçants pour les activités commerciales et artisanales ; en revanche, pour les activités libérales, le recouvrement est assuré par les URSSAF (pour le compte de la CIPAV en vieillesse-invalidité-décès), à l'exception des cotisations maladie, qui relèvent des organismes conventionnés du RSI.

Pour les professions libérales (hors praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et auto-entrepreneurs), une séparation par risque intervient dans le recouvrement (cf. tableau 1) :

- les cotisations maladie sont recouvrées par délégation du RSI par des organismes conventionnés régis soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurances et qui sont également en charge du service des prestations ;
- la CSG et les cotisations famille sont recouvrées par les URSSAF ;
- les cotisations de retraite (base et complémentaires), invalidité et décès par les sections professionnelles de la CNAVPL²²⁵ ou la CNBF (avocats).

²²⁴ Cf. IGAS/IGAC, «L'unification des organismes de sécurité sociale des artistes auteurs et la consolidation du régime», Juin 2013

²²⁵ L'assurance vieillesse des professions libérales comprend dix « sections professionnelles » réunies au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) : notaires (CRN), officiers ministériels (CAVOM), médecins (CARMF), chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF), pharmaciens (CAVP), vétérinaires (CARPV), agents généraux

Tableau n°1 : Les organismes de recouvrement pour les cotisations des travailleurs non salariés non agricoles

Risques		Maladie- maternité	Famille	Retraites de base	Retraites complémentaires	Invalidité – Décès	CSG - CRDS
	Artisans commerçants	<i>Recouvrement amiable (RA) :</i> URSSAF <i>Recouvrement forcé et contentieux (RF et C) :</i> Caisses RSI		<i>RA :</i> URSSAF <i>RF et C :</i> Caisses RSI		<i>RA :</i> URSSAF <i>RF et C :</i> Caisses RSI	
	PL	Caisses RSI (délégation faite aux OC)	URSSAF	CNAVPL (sections professionnelles) CNBF		CNAVPL (sections professionnelles) CNBF	URSSAF
	Micro- entrepreneurs	<u>Artisans – Commerçants :</u> <i>Recouvrement amiable :</i> Urssaf <i>Recouvrement forcé :</i> caisses RSI		<u>Artisans – Commerçants :</u> <i>Recouvrement amiable :</i> Urssaf <i>Recouvrement forcé :</i> caisses RSI		<u>Artisans – Commerçants :</u> <i>Recouvrement amiable :</i> Urssaf <i>Recouvrement forcé :</i> caisses RSI	
		<u>Professions Libérales (PL) :</u> Caisses RSI (délégation aux OC)	<u>PL :</u> URSSAF	<u>PL :</u> URSSAF (pour le compte de la CIPAV)		<u>PL :</u> URSSAF (pour le compte de la CIPAV)	<u>PL :</u> URSSAF

Source : Direction de la sécurité sociale

✓ *Pour les salariés du secteur public*

Les différences sont importantes tant entre fonctions publiques qu'entre régimes spéciaux, un principe quasi-général étant cependant que l'employeur public est son propre assureur pour les risques de pertes de revenus consécutifs à la maladie, à l'invalidité ou aux accidents du travail et maladies professionnelles, selon des réglementations spécifiques (cf. tableau 2).

Pour les ressortissants de la fonction publique d'Etat et les personnels civils de la Défense, le principe est celui du partage des fonctions de recouvrement entre le comptable public pour les cotisations et contributions prélevées sur les paies, rentrées directement dans le système de comptabilité publique Chorus (cotisations vieillesse, à l'exception du RAFP, dont les cotisations sont encaissées par la Caisse des Dépôts) et les URSSAF qui assurent le recouvrement des cotisations maladie (prestations en nature), famille et de la CSG/CRDS.

d'assurances (CAVAMAC), experts-comptables (CAVEC), auxiliaires médicaux (CARPIMKO), ainsi que la CIPAV (architectes et autres activités libérales).

Pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale, la Caisse des Dépôts recouvre les cotisations vieillesse pour le compte de la CNRACL, les URSSAF étant en charge des cotisations maladie, famille, de la CSG. Le régime est analogue pour les ouvriers de l'Etat, la Caisse des Dépôts recouvrant pour le compte du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) qu'elle gère et qui assure la couverture des risques vieillesse et invalidité des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

En raison de l'existence d'un régime spécial maladie-maternité des militaires, la CNMSS, qui sert ces prestations en nature, reste en charge du recouvrement des cotisations maladie et de la CSG, le comptable public étant responsable des cotisations vieillesse-invalidité-décès, et l'URSSAF ne recouvrant que les cotisations famille.

Pour les trois grands régimes spéciaux, la branche du recouvrement (URSSAF 13) bénéficie d'une délégation de la SNCF ou d'une compétence propre pour recouvrer l'intégralité des contributions sociales relevant des risques non directement pris en charge par l'entreprise. Le schéma est proche pour les IEG, les URSSAF recouvrant les cotisations maladie, famille et la CSG/CRDS, la CNIEG ayant en charge les cotisations vieillesse et invalidité décès. Pour le personnel de la RATP en revanche, l'URSSAF n'intervient que pour les cotisations famille et la CSG/CRDS, la caisse de retraite des personnels recouvrant directement les cotisations vieillesse et un service interne à l'entreprise gérant la protection maladie des personnels, retraités et ayants droit.

Pour les marins, l'ENIM restera en charge du recouvrement des cotisations maladie et retraite (base et complémentaire), le recouvrement des cotisations famille et de la CSG-CRDS devant être transféré aux URSSAF à compter de la dissolution de la caisse maritime d'allocations familiales au 1^{er} janvier 2016 (article 30 de la LFSS pour 2015). Ce schéma correspond au modèle actuellement applicable aux clercs et employés de notaires, la CRPCEN assurant le recouvrement des cotisations maladie et vieillesse.

Les agents non titulaires des fonctions publiques relèvent pour l'ensemble des risques du régime général, à l'exception de leur retraite complémentaire qui fait l'objet d'un régime spécifique, l'IRCANTEC, géré par la Caisse des Dépôts (*cf. infra*). Les personnels navigants de l'aviation civile disposent, pareillement, d'un régime complémentaire de retraite spécifique, géré par la CRPNPAC.

Des règles spécifiques existent également pour les plus petits régimes (ports de Bordeaux et Strasbourg, Opéra de Paris, Banque de France...).

**Tableau n°2 : Les organismes de recouvrement pour les cotisations
des salariés des régimes publics et des principaux régimes spéciaux**

Risques	Maladie- maternité	Famille	AT - MP	Retraites de base- Invalidité -décès	Retraites complémentaires	Régime supplémentaire obligatoire	CSG - CRDS	Chômage
Régimes								
Marins	ENIM	CMAF puis URSSAF 1 ^{er} janv 2016	Sans objet pas de financemen t dédié	ENIM			CMAF puis URSSAF 1 ^{er} janv 2016	
Personnel de la SNCF	Délégation URSSAF	URSSAF	SNCF	Délégation Urssaf			NC	Auto- assureur
Personnel de la RATP	RATP	URSSAF	RATP	CRP RATP (convention de délégation Urssaf non aboutie)			NC	Auto- assureur
Personnel des IEG	URSSAF		CNIEG + URSSAF	CNIEG (délégation URSSAF)			URSSAF	Auto- assurance employeur ou URSSAF
Fonctionnaires civils de l'Etat et militaire	URSSAF (prestations en nature)		URSSAF	Comptable public (via Chorus)		CDC (pour le compte du RAFP)	URSSAF	Auto- assurance employeur
Militaires	CNMSS	URSSAF	Comptable public (via Chorus)			CDC (pour le compte du RAFP)	CNMSS	Auto- assurance employeur
Fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	URSSAF (prestation s en nature)	URSSAF	CDC (pour le compte du Fonds ATIACL)	CDC (pour le compte de la CNRACL)		CDC (pour le compte du RAFP)	URSSAF	Auto- assurance employeur
Ouvriers d'Etat	URSSAF (prestation s en nature)	URSSAF		CDC (pour le compte du FSPOEIE)		Pas de régime supplémentaire obligatoire	URSSAF	Auto- assurance employeur

Source : Direction de la sécurité sociale

1.1.2.2. Selon les risques et les régimes

L'examen de la cohérence entre l'organisation du recouvrement et les risques et régimes que les prélèvements financent fait apparaître une logique globale, mais qui souffre certaines exceptions. Cette logique globale est de lier, au sein des régimes, le service des prestations et l'existence d'une fonction de recouvrement. Si elle a des fondements historiques, cette logique subit naturellement des inflexions lorsque des évolutions de contexte ou d'organisation interviennent.

Ainsi, l'unification financière de la branche famille et la généralisation du service des prestations famille à tous les résidents par les CAF ont-elles conduit à étendre le champ de compétence des URSSAF au recouvrement des cotisations famille de tous les employeurs, exception faite du secteur agricole. La CSG et la CRDS, prélèvements à vocation universelle, suivent assez largement ce schéma des cotisations famille.

A contrario, et en dépit du fait que les prestations en nature sont aujourd'hui harmonisées selon les régimes, l'existence d'arrangements spécifiques pour le service de ces droits maladie peut conduire à maintenir des organisations particulières pour le recouvrement de ces cotisations : c'est encore le cas du secteur agricole, déjà cité, c'est aussi le cas pour des régimes plus modestes en effectifs (RATP, militaires, clerks et employés de notaire). Cependant, des exceptions existent : l'existence d'une caisse particulière en charge des droits maladie des agents des IEG (qui partage les tâches de gestion avec la CPAM 92) n'a pas interdit une compétence URSSAF sur le recouvrement de ces cotisations maladie ; les organismes conventionnés du RSI servent les prestations en nature que les cotisations soient recouvrées par ces mêmes OC (pour les professions libérales) ou par les URSSAF dans le cadre de l'ISU (pour les artisans et commerçants).

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (ATMP), divers régimes ne prennent pas en charge le risque (indépendants) et, dans les régimes publics, l'employeur est généralement en charge directe de la couverture de ses agents. Les URSSAF et caisses de MSA sont donc les organismes quasi-unique de recouvrement, exception faite du cas particulier des fonctions publiques territoriale et hospitalière où la Caisse des Dépôts effectue le recouvrement pour le compte du fonds pour l'allocation temporaire d'invalidité des agents (ATIACL).

Les cotisations d'assurance chômage suivent un régime analogue, dans ses grandes lignes : absence de couverture pour les professions indépendantes, auto-assurance des employeurs publics, recouvrement par les URSSAF des autres salariés (exceptés les salariés agricoles).

C'est évidemment en matière de vieillesse que cette logique globale conduit au nombre d'organismes de recouvrement le plus élevé, en raison du nombre de régimes et de la distinction entre retraites de base et complémentaires. Ce panorama est précisé au § 1.2 *infra* pour les régimes complémentaires hors AGIRC-ARRCO (examinés en partie III).

Une lecture par régimes professionnels de la cohérence des choix en matière de recouvrement ne fait de son côté guère apparaître de logique d'ensemble.

Si l'on examine les grands régimes qui gèrent plusieurs risques, on observe que les régimes agricoles ont un recouvreur unique pour tous les risques (MSA) et qu'il en va d'une certaine façon de même pour les régimes des artisans et commerçants dans le cadre de l'ISU. Mais, à l'inverse, le régime des salariés relevant du régime général n'est pas organisé à partir d'une organisation du recouvrement unifiée. D'une part, existe la compétence des IRC sur le recouvrement (et la gestion) des cotisations de retraite complémentaire. D'autre part, des prélèvements afférents à des catégories de salariés relevant du régime général ou de régimes assimilés peuvent faire l'objet de modes de recouvrement spécifiques (artistes-auteurs, agents non titulaires de la fonction publique). On peut à cet égard remarquer que la structuration du recouvrement évolue de manière relativement indépendante des transferts et mécanismes d'équilibre entre régimes, examinés par ailleurs dans le cadre de ce rapport.

Cette pluralité d'organismes de recouvrement peut donner, aux employeurs comme aux assurés, un sentiment d'enchevêtrement. Celui-ci est sans doute renforcé lorsque le processus du recouvrement est partagé entre plusieurs organismes. Ce phénomène est relativement fréquent dans la gestion des prélèvements obligatoires pris dans leur ensemble : le rapport d'évaluation du coût de gestion des prélèvements obligatoires indiquait que, si pour environ 42% des prélèvements, l'ensemble des étapes de collecte (liquidation, recouvrement amiable, recouvrement forcé, contrôle) étaient assurés par un même organisme, pour 30%, une étape du processus était déléguée à un autre organisme et pour 14%, deux étapes étaient déléguées²²⁶. Cet aspect existe aussi dans le champ de la protection sociale : on l'a évoqué pour les artistes-auteurs et les artisans commerçants ; on peut également mentionner l'implication des services universitaires dans le recouvrement de la cotisation maladie des étudiants²²⁷.

1.1.3. Des adaptations et des rationalisations, qui ne sont probablement pas achevées

En raison de ces incohérences et dans une volonté de rationalisation et de simplification, une série de réformes est intervenue ces dernières années en matière de recouvrement des prélèvements sociaux. Les principales réformes sont présentées en partie II. Elles ont principalement consisté :

- ✓ à renforcer les missions de la branche du recouvrement, d'une part en étendant sa compétence à l'assiette des salaires du secteur privé (transfert des cotisations d'assurance chômage), d'autre part en renforçant le champ de ses actions de recouvrement pour le compte de tiers et notamment au profit d'autres régimes de sécurité sociale (régimes spéciaux²²⁸, régime des artisans et commerçants) ;
- ✓ à développer des outils de simplification des procédures de recouvrement. Il s'est notamment agi de :

- développer des titres simplifiés (dont les plus connus sont le CESU, PAJEMPLOI, le TESE), qui visent à regrouper et faciliter les démarches des particuliers employeurs ou des très petites entreprises tout en améliorant la couverture sociale des salariés concernés, les organismes se chargeant de plusieurs tâches (déclarations sociales, calcul des cotisations) ;

²²⁶ IGAS / IGF, « Rapport relatif à la rationalisation du coût de gestion des prélèvements obligatoires », Juillet 2014.

²²⁷ La cotisation maladie est recouvrée par les universités en même temps que les droits universitaires et son produit reversé aux URSSAF

²²⁸ Transfert du recouvrement des cotisations prestations familiales légales pour les IEG à partir du 1^{er} janvier 2013.

- construire des guichets uniques ou d'interlocuteurs uniques en matière de recouvrement des cotisations sociales, à destination d'employeurs tels que les employeurs non professionnels d'artistes du spectacle ou les employeurs étrangers sans représentation en France ;

- proposer un régime simplifié de déclaration et d'affiliation pour les auto-entrepreneurs, avec mise en place d'un prélèvement unique et forfaitaire permettant de régler l'ensemble des obligations sociales et fiscales. Ce régime va évoluer²²⁹ ;

- mettre en place des déclarations mutualisées, simplifiées et dématérialisées, regroupant sur des supports uniques les besoins des multiples organismes de recouvrement (cf. le déploiement en cours de la déclaration sociale nominative - DSN).

A l'examen des réformes et de la situation décrite précédemment, des rationalisations supplémentaires de notre système de recouvrement sont encore envisageables.

Sans que le Haut Conseil ait pu les expertiser de manière approfondie, il est utile de mentionner le système de recouvrement des cotisations et contributions au régime des artistes-auteurs, qui a fait l'objet de propositions de simplification de l'IGAS et de l'IGAC en 2013, le champ de compétence de la caisse de compensation des VRP, la poursuite de l'extension des compétences des URSSAF sur le recouvrement des cotisations maladie et de la CSG/CRDS à certains petits régimes, les interrogations qui pèsent sur les missions de recouvrement des sections professionnelles de la CNAVPL.

Il semble enfin, de manière plus générale, qu'une réflexion devrait être conduite sur la taille critique nécessaire pour qu'un régime exerce tout au long du processus de recouvrement, et, plus largement, sur le principe, qu'avait proposé de retenir le rapport IGAS/IGF, de confier à un opérateur unique les prélèvements présentant le même type d'assiette et portant sur les mêmes assujettis.

I.2. Un panorama du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire

Le nombre élevé d'organismes en charge du recouvrement s'explique notamment par le maintien, au sein du système de retraite, de régimes disposant d'assises professionnelles fortes et de couvertures de base et complémentaires pour la majeure partie des assurés. Sans revenir ici sur l'organisation des régimes de base²³⁰, les développements qui suivent examinent le paysage des organismes de recouvrement des cotisations de retraite complémentaire.

I.2.1 .Une grande variété de régimes et d'organismes de recouvrement

Les régimes de retraite complémentaire sont obligatoires mais ne couvrent pas la totalité de la population, car certains régimes de base (régimes de la fonction publique et régimes spéciaux notamment) disposent de paramètres permettant à la pension servie de garantir des taux de remplacement suffisants sans intervention d'un étage complémentaire. Ils ne sont pas uniformes, certains régimes (indépendants notamment) pouvant proposer des prises en charge en invalidité-décès. Ils reposent généralement sur une gouvernance qui confie aux partenaires sociaux un rôle déterminant en matière de pilotage et de gestion.

²²⁹ Création d'un régime unique de la micro-entreprise par la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (article 24).

²³⁰ Cf. COR, XII^e rapport, « Retraites, un état des lieux du système français », Janvier 2013.

Selon une logique par public, on peut distinguer :

- ✓ les régimes de salariés : AGIRC-ARRCO pour les salariés du secteur privé (auxquels s'ajoute le régime particulier des personnels navigants de l'aviation civile), IRCANTEC pour les salariés contractuels de droit public, RAFP pour la retraite des fonctionnaires calculée sur la partie du traitement exclue de l'assiette de cotisation ;
- ✓ les régimes des indépendants : régimes des artisans et commerçants, qui ont été unifiés en 2013 ; régimes gérés par les sections professionnelles de la CNAVPL et la caisse nationale des barreaux ; régime complémentaire des exploitants agricoles, créé en 2003. Les professionnels de santé conventionnés disposent de surcroît d'un régime obligatoire de retraite supplémentaire financé par l'assurance maladie, dit ASV, en sus de leur régime complémentaire (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, directeurs de laboratoire et sages-femmes).

En termes de gestion, le secteur est divisé en trois pôles principaux : le pôle AGIRC-ARRCO, le pôle des régimes gérés par la Caisse des Dépôts (IRCANTEC, RAFP)²³¹ et le pôle des régimes des indépendants.

Comme indiqué *supra*, le secteur des retraites complémentaires est marqué par une liaison très forte entre le service des prestations et le recouvrement des cotisations, qui ne souffre d'exception que dans le cadre des retraites des artisans et commerçants. Le recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO étant évoqué en partie III, un point est ici proposé sur les régimes complémentaires gérés par la Caisse des Dépôts (*cf.* Encadré 5).

²³¹ La Caisse assurant, par ailleurs, la gestion des régimes de base de la CNRACL et du FSPOIE.

Encadré n°5 : Les fonctions de recouvrement exercées par la Caisse des Dépôts

La Caisse des Dépôts exerce depuis 1816 le métier de gestionnaire sous mandat d'institutions sociales, parmi lesquelles des systèmes de retraite publique. Aujourd'hui, la direction des retraites et de la solidarité (DRS) de la Caisse étend sa gestion à 47 mandats pour des régimes ou des fonds dans le domaine de la protection sociale. En 2012, elle était en relation avec 7,3 millions de cotisants à un ou plusieurs fonds, avec 3,5 millions de pensionnés (soit environ 1 retraité sur 5 en France). En 2012, elle a perçu 28,4 Md€ de financement et elle a versé 24,9 Md€ de prestations. La DRS est le partenaire privilégié de 75 000 employeurs publics : État, collectivités territoriales et établissements hospitaliers.

La Caisse des Dépôts assure la gestion de tous types de régimes de retraite : intégrés (de base et complémentaire), complémentaires et supplémentaires. Elle est donc confrontée à la fois aux techniques d'acquisition de droits par points et par annuités. Elle exerce par ailleurs l'ensemble des processus suivants : gestion administrative (du recouvrement au paiement des droits), pilotage juridique, technique et financier des régimes, relation avec les bénéficiaires des fonds. Elle a déployé également ses compétences dans d'autres domaines tels que la solidarité, les risques professionnels, l'emploi des personnes handicapées et les fonds de compensation.

La Caisse des Dépôts assure la gestion de quatre grands régimes de retraite pour les personnels titulaires et contractuels des trois fonctions publiques et les ouvriers de l'État :

- depuis 1945, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), caisse de retraite des fonctionnaires des collectivités locales et des établissements hospitaliers, qui recense 2 174 000 cotisants pour 1 094 000 pensionnés ;
- depuis 1971, l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), institution de retraite complémentaire des agents contractuels des trois fonctions publiques (État, collectivités territoriales et hôpitaux) et des élus locaux, compte 2 773 000 cotisants et 1 900 000 pensionnés. L'article 51 de la loi du 20 janvier 2014 précise que l'IRCANTEC sera désormais le régime de retraite complémentaire des seuls agents contractuels *de droit public* ;
- depuis 2005, le Régime de retraite additionnel de la fonction publique (RAFP) pour les fonctionnaires des trois fonctions publiques, qui recense 4 535 000 cotisants. 273 000 liquidations ont donné lieu au paiement d'un capital ou d'une pension ;
- depuis 1928, le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), qui enregistre 40 000 actifs pour 103 000 retraités.

Elle assure également la gestion des régimes de retraite des mines qui compte 4 000 cotisants pour 312 000 pensionnés et de régimes de retraite catégoriels pour certaines populations à statut (débitants de tabac, régies...).

La gestion des mandats de la DRS, et en particulier les activités de production (recouvrement, tenue des comptes de droit, liquidation,...) sont réalisés par les trois établissements dont les principaux fonds de retraite gérés sont à Bordeaux (CNRACL, RAFP, FSPOEIE), à Angers (IRCANTEC et régime des débitants de tabac), à Paris (retraite des mines).

Source : IGAS/IGF, « Coûts de gestion des organismes de retraite », Juillet 2014.

1.2.2. Le cas de l'IRCANTEC

L'IRCANTEC est un régime de retraite complémentaire du régime général, au bénéfice des agents contractuels. Dans le cadre de la dernière réforme des retraites et afin de simplifier les règles d'affiliation entre AGIRC-ARRCO et IRCANTEC, le législateur a prévu que relèveraient de ce dernier régime les seuls contractuels de droit public. Cette réforme, qui va entrer en vigueur progressivement, puisqu'un régime transitoire est prévu pour les contractuels de droit privé actuellement cotisants à l'IRCANTEC²³², devrait avoir pour conséquence de clarifier les règles de gestion d'un « bloc de droit public » ainsi identifié par les statuts de ses personnels. Elle aura aussi pour effet, dans certains cas, de confronter les organismes publics à plusieurs interlocuteurs, ce qui pourrait être un facteur de complexité, notamment pour les petites collectivités.

En 2013, le régime a recouvré 2,85 Md€ (correspondant à 2 864 900 cotisants) et versé 2,43 Md€ au titre des prestations. Concernant ses paramètres, il fonctionne selon des modalités analogues à celles des régimes AGIRC-ARRCO (régime en répartition, par points, avec deux tranches A et B pour l'assiette de cotisation).

Comme dans les régimes AGIRC-ARRCO encore, le processus de recouvrement est associé au processus de tenue des comptes individuels retraite, ce qui permet de rapprocher les cotisations versées et les droits attribués :

- les cotisations (part salarié et part employeur) sont versées par les employeurs pendant l'exercice N, parallèlement au versement des salaires ;
- les données permettant d'alimenter les comptes individuels des affiliés au régime sont transmises par les employeurs en janvier N+1 (déclarations DADS) ;
- pendant l'exercice N+1, ces déclarations sont rapprochées des cotisations reçues pendant l'exercice N ;
- en cas d'écarts, des échanges interviennent entre le service gestionnaire et les employeurs (correction de la déclaration ou modification des versements) ;
- les comptes individuels sont alimentés au fur et à mesure, dès concordance entre cotisations et déclarations. Ce rapprochement est réalisé agent par agent.

La Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2013-2016 retient l'objectif d'alimenter, chaque année, au moins 98 % des comptes individuels au plus tard au 30 juin, après rapprochement entre les DADS et les versements de cotisations. En 2013, le coût du processus de recouvrement est de 0,2% du montant des cotisations recouvrées.

²³² Une période de transition est prévue jusqu'au 31 décembre 2016, au cours de laquelle les pratiques antérieures pourront perdurer, sauf en cas de transformation de la forme juridique de l'employeur. A l'issue de cette période, toute nouvelle affiliation devra être conforme à la nature juridique du contrat de travail. Un décret en conseil d'Etat doit préciser les règles applicables.

1.2.3. Le cas du régime additionnel de la fonction publique (RAFP)

Le régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP), créé par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, est un régime de retraite obligatoire, par répartition provisionnée et par points, permettant aux fonctionnaires des trois fonctions publiques d'acquérir, depuis le 1^{er} janvier 2005, des droits à retraite assis sur les éléments d'assiette (primes et rémunérations accessoires, dans la limite de 20% du traitement indiciaire brut) non pris en compte pour le calcul de la pension. La gestion du régime a été confiée à un établissement public administratif, l'établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP), la Caisse des Dépôts étant chargée de la gestion administrative du régime.

Les textes réglementaires précisent que l'employeur verse mensuellement à l'établissement sa part de cotisation ainsi que la part de l'agent, le paiement étant effectué par virement interbancaire au plus tard le 15 du mois suivant le versement de la paie. Les pratiques de gestion sont proches de celles retenues pour la CNRACL ou l'IRCANTEC : en pratique, la Caisse des Dépôts encaisse les cotisations, assure la tenue des comptes individuels des assurés et opère un rapprochement, agent par agent, entre montants ainsi recouvrés et données individuelles déclarées. Le coût du processus d'encaissement représente 0,11 % des cotisations perçues.

1.3. Des différences de procédures et des périmètres de compétence insuffisamment stabilisés, qui contribuent à des écarts de performance et à un manque de lisibilité pour le cotisant et l'assuré

Au-delà du nombre des organismes et de la diversité des prélèvements suivis, plusieurs facteurs peuvent expliquer que l'organisation du recouvrement puisse poser problème eu égard à des objectifs de simplicité et de lisibilité pour le cotisant et d'efficience pour la collectivité.

1.3.1. Des procédures de recouvrement qui divergent selon les risques et les régimes

A la pluralité d'intervenants en matière de recouvrement correspondent des divergences en matière de méthodes de recouvrement.

Les principales étapes ou processus du recouvrement des URSSAF (immatriculation des cotisants, enregistrement des assiettes et des cotisations, paiement, recouvrement forcé, contrôles) et leurs différences avec celles mises en œuvre par la MSA et les IRC d'AGIRC et ARRCO sont présentées en partie III. Des nuances (comme on l'a vu entre les procédures IRCANTEC et AGIRC-ARRCO) ou des différences plus franches existent entre organismes. Elles concernent l'affiliation et la radiation, la procédure retenue pour le recouvrement : auto-déclaration ou appel de cotisation, calcul ou non des cotisations, modalités, périodicité et délais de règlement, ainsi que la gestion des litiges en phase pré-contentieuse, les modalités du recouvrement forcé et, naturellement, les politiques (et les moyens) de contrôle.

Le rapport d'évaluation sur les coûts de gestion de prélèvements obligatoires soulignait, sans surprise, que « si le partage de la gestion, le télépaiement ou le nombre de redevables n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur le taux d'intervention²³³, en revanche le fait que le redevable calcule lui-même le montant réduit significativement le taux d'intervention par rapport à la situation où un organisme doit effectuer ce calcul, de même que le recours à la télédéclaration ».

²³³ Taux défini comme le rapport entre le coût de gestion du prélèvement (dépenses de personnel, immobilier, informatique, autres) et le montant total des recettes nettes sur une année N.

La généralisation de la DSN pourrait contribuer à une harmonisation accrue des pratiques, qu'une évolution des textes réglementaires et des engagements contractuels avec l'Etat peut également encourager. Certes, la mise en œuvre de la DSN a été conçue pour être neutre et permettre de conserver les modes de fonctionnement existants. Il est cependant souhaitable d'envisager les possibilités de convergence et de rationalisation qu'elle offrira (cf. Partie III.)

La nature spécifique des assiettes de certains prélèvements (droits de plaidoirie des avocats, droits d'auteurs des artistes, assiette des marins, constituée par le salaire forfaitaire journalier attaché à une des 20 catégories, multipliée par le nombre de jours de service accomplis) exigera cependant toujours des compétences dédiées, sauf à harmoniser et simplifier la définition des assiettes. En revanche, pour les prélèvements présentant le même type d'assiette et d'assujettis, une unification est probablement une source d'efficience accrue.

1.3.2. Des périmètres de compétence qui posent problème en cas d'activités multiples ou de changement de situation

La complexité des mutations entre régimes et la question du maintien des droits est un sujet bien connu des politiques d'assurance maladie. Des problématiques analogues existent en matière de recouvrement.

Ainsi, selon l'environnement professionnel où il inscrit son activité et le montant des revenus perçus, le travail d'un artiste pourra-t-il ressortir au régime des artistes auteurs, à celui des indépendants ou au régime général. Dans de nombreux cas où la frontière entre prestation de service et emploi salarié s'estompe, qu'il s'agisse d'activités libérales ou de formes d'emploi qui se situent à la lisière de plusieurs modèles (populations assimilées salariées, exercice d'activités mixtes de façon concomitante, par exemple), la protection sociale reste éclatée entre plusieurs régimes, ce qui se traduit par des organismes de recouvrement multiples – et un défaut de lisibilité du système de protection sociale.

De manière plus classique, des questions de frontière existent (changement de statut juridique d'entreprises qui peuvent les faire basculer du régime agricole au régime général par exemple).

Le législateur a tenté de limiter ces situations. Ainsi, on l'a vu, l'article 51 de la loi du 20 janvier 2014 vise à préciser les règles d'affiliation pour les agents contractuels d'organismes publics.

Un régime transitoire permettra aux contractuels de droit privé de rester affiliés à l'IRCANTEC jusqu'à la rupture de leur contrat de travail. Des divergences d'appréciation peuvent cependant encore exister entre les entreprises concernées et les régimes de retraite complémentaire quant à l'application du dispositif. Les textes d'application devraient permettre de les lever. Cependant, il convient de signaler que cette réforme devrait conduire à complexifier l'interlocution des organismes ou collectivités recourant à des contrats de droit public et à des contrats de droit privé, cet exemple illustrant que les choix en matière d'organisation du recouvrement impliquent en permanence un arbitrage entre les deux objectifs de rationalisation de la gestion et de simplification pour les cotisants.

1.3.3. Des différences de performance difficiles à objectiver, mais sans doute significatives

Les données recueillies par la mission IGAS-IGF sur la gestion des prélèvements obligatoires auprès des organismes collecteurs de cotisations sociales mettent en évidence les écarts de coûts entre organismes pour cette activité de recouvrement. Ce rapport souligne cependant les difficultés méthodologiques de l'exercice de comparaison – qui peuvent expliquer que le programme de qualité et d'efficience « Financement » joint au PLFSS ne présente d'indicateurs d'efficience de la gestion que pour

l'ACOSS/URSSAF (coûts d'intervention, taux de reste à recouvrer, taux de couverture du fichier) et que le rapport annuel de performance du service public de la sécurité sociale ne présente ces indicateurs que pour quelques régimes.

Comme l'a souligné la mission, qui a travaillé à partir d'éléments déclaratifs fournis par les organismes, « l'hétérogénéité des méthodes de détermination des éléments constitutifs des coûts de gestion rend délicate la comparaison précise des coûts des différents organismes et l'identification des segments comparativement les moins performants des circuits de gestion. D'autre part, elle complique les rapprochements opérationnels entre structures, toute organisation de partage des rôles entre deux organismes nécessitant une analyse et une explicitation préalables des processus et des définitions de chaque étape du recouvrement. »

Si ces chiffres sont donc à considérer avec précaution, ils révèlent la modestie des coûts de recouvrement des régimes spéciaux (que peut expliquer pour partie le rôle de conseil et de guichet assuré par les employeurs publics), le coût plus élevé du recouvrement des travailleurs indépendants (et le niveau hétérogène des performances des sections de la CNAVPL), et, pour la population salariée, « l'avantage comparatif » du réseau des URSSAF au regard des IRC ou de la MSA (pour les salariés agricoles).

II. Un regard rétrospectif sur les expériences passées d'évolution du recouvrement

II.1. Les expériences passées : le recouvrement des cotisations UNEDIC par les URSSAF et l'interlocuteur social unique (ISU) entre l'ACOSS et le RSI

Outre les cas de gestion déléguée de longue date aux URSSAF (particuliers employeurs) ou à la MSA (retraite complémentaire des salariés agricoles) mentionnés plus loin (cf. encadré n° 5), d'autres transferts ou partages du recouvrement, en direction des URSSAF, ont été souhaités par le législateur à partir de 2009.

Deux exemples emblématiques de transferts menés à l'initiative de l'Etat méritent d'être signalés. Le premier, le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage de l'UNEDIC aux URSSAF, a fait l'objet d'un relatif consensus entre l'Etat et les partenaires sociaux gestionnaires, et consistait en un transfert complet et progressif. Le second, la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) entre le RSI et les URSSAF, a plutôt à l'inverse pris la forme d'un nouveau partage du recouvrement entre les deux organismes et avait fait l'objet d'une moindre préparation de ses modalités techniques de mise en œuvre.

Dans les deux cas, ces transferts ont eu pour caractéristique de préserver les compétences du régime social des indépendants et du régime d'assurance chômage, et notamment l'autonomie de gestion et de pilotage dans un cadre paritaire qui caractérise ce dernier. Dès lors que ces évolutions du recouvrement ne visent pas d'autre modification de la structure ou des missions des régimes, la préservation de leur capacité de décision apparaît une condition du succès de la démarche.

II.1.1. Le transfert du recouvrement des contributions et cotisations d'assurance chômage et d'AGS (projet TREC)

II.1.1.1. Chronologie et nature du transfert

Ce transfert, qui concernait l'ensemble de la chaîne de recouvrement (depuis l'affiliation jusqu'au contentieux), s'est opéré en deux temps successifs :

- à partir de 2008, le contrôle par les URSSAF de l'assiette des cotisations d'assurance chômage et d'AGS sur la base de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;
- à partir de 2011, le recouvrement par les URSSAF de l'ensemble des cotisations sur la base de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi (projet TREC).

La loi de février 2008 ayant prévu, parallèlement à la fusion de l'ANPE et des ASSEDIC au sein de Pôle Emploi, le maintien d'un régime autonome d'assurance chômage à gestion paritaire, le transfert du recouvrement a été fait conformément à ces règles, en veillant à la communication à l'UNEDIC des informations nécessaires à son pilotage et à sa gestion.

II.1.1.2. Des simplifications réelles pour les entreprises

Selon un diagnostic partagé par l'ACOSS et l'UNEDIC, ce transfert du recouvrement s'est réalisé dans des conditions satisfaisantes, permettant de réaliser des gains pour les entreprises comme pour les gestionnaires.

Du point de vue des entreprises, ce transfert a permis une simplification des formalités pour les employeurs et tiers-déclarant, en regroupant au travers d'une même déclaration et d'un même paiement (*via* des procédures dématérialisées et des services communs de paiement) les cotisations URSSAF et d'assurance chômage et d'AGS, par le biais d'ajouts de lignes sur le bordereau URSSAF.

II.1.1.3. Des résultats positifs en termes de performance et de contrôle

Du point de vue de la performance du processus, les résultats apparaissent également satisfaisants tant en matière de fiabilisation des assiettes que de restes-à-recouvrer et de gestion de la trésorerie. En particulier, le transfert a permis de réintégrer des cotisants inconnus des URSSAF ou de l'UNEDIC par rapprochement des fichiers (plus de 67 000 comptes isolés URSSAF), et de rétablir certaines assiettes pour l'avenir. Le contrôle des assiettes d'assurance chômage par les URSSAF a renforcé ces gains en permettant de régulariser certains éléments d'assiettes non déclarés, représentant des encaissements supplémentaires d'au moins 50 M€ par an (sur 100 M€ de redressements nouveaux).

Le transfert s'est soldé par une convergence des taux de « restes-à-recouvrer » (pourcentage de cotisations restant dues) entre les cotisations URSSAF et d'assurance chômage (0,87% pour les URSSAF et 0,97% pour l'assurance chômage en 2005) ; ceux-ci se sont toutefois accrus à partir de 2009 sous l'effet de la crise économique (1,45% pour les URSSAF en 2009).

II.1.1.4. Des résultats non négligeables en termes de coûts de gestion du processus

Du point de vue des coûts de gestion, les charges occasionnées par ce transfert pour les URSSAF ont été minimales : seuls 13 ETP supplémentaires ont été nécessaires aux URSSAF pour assurer les nouvelles activités de gestion des comptes, de recouvrement et d'accueil des cotisants pour le compte de l'assurance chômage. En revanche, 1300 salariés jadis affectés à ces fonctions à l'UNEDIC ont été

transférés à Pôle emploi afin que celui-ci puisse renforcer ses activités d'accompagnement et d'indemnisation des demandeurs d'emploi.

Les modalités de facturation par les URSSAF à l'UNEDIC des activités liées au recouvrement se sont faites sur la base du coût moyen de ces activités rapporté aux encaissements mesurés sur la population des entreprises du secteur privé. Elles ont permis une révision périodique du « taux d'intervention » (0,099% en 2013), utilisé pour facturer les frais correspondants à l'UNEDIC. Ce taux est inférieur au taux « global » de la branche recouvrement (0,28% pour l'ensemble des recettes recouvrées, toutes populations confondues) et, à titre de comparaison, très inférieur aux taux appliqué auparavant pour le recouvrement des cotisations AGS (0,7%) ; il est en outre périodiquement révisé, jusqu'à présent à la baisse. Cela a permis de faire décroître le coût pour l'UNEDIC et Pôle Emploi de cette activité (31 M€) sur le périmètre du régime général. L'activité nouvelle de contrôle, pour sa part, a engendré pour l'UNEDIC des coûts facturés supplémentaires (4 M€ par an), mais avec en contrepartie des gains substantiels en encaissements supplémentaires (50 M€ par an, *cf. supra*).

II.1.2. Un transfert partiel : l'expérience de l'interlocuteur social unique (ISU)

II.1.2.1. Chronologie et nature du transfert

La création en 2006 du régime social des indépendants (RSI), régime unique de protection sociale des chefs d'entreprise, a été suivie, en 2008, de la création de l'ISU, dans une optique de simplification des démarches des travailleurs indépendants et d'efficience accrue.

L'ISU avait vocation à constituer un « guichet unique » des cotisations sociales des travailleurs indépendants. Il devait reposer sur une répartition des tâches avec les URSSAF qui s'est avérée relativement complexe :

- l'affiliation des personnes, la collecte des déclarations de revenus continuait à relever des compétences du RSI ;
- le calcul des cotisations et la gestion des encaissements, puis le recouvrement amiable jusqu'à 30 jours, devait être assuré par les URSSAF ;
- le RSI continuait d'assurer la poursuite du recouvrement amiable et le recouvrement forcé.

II.1.2.2. Des dysfonctionnements initiaux graves pour les entreprises, préjudiciables à l'image des régimes

Le déploiement de l'ISU a été marqué par d'importants problèmes de fonctionnement qui ont pesé sur les assurés sociaux et les relations de ceux-ci avec les régimes. En particulier, certaines règles de gestion n'avaient pas été suffisamment précisées, débouchant sur des dysfonctionnements majeurs dans les échanges de flux informatiques (rejets de données transmises par les URSSAF dans le système d'information du RSI, donnant lieu à des reprises et des calculs manuels). Ces difficultés se sont traduites pendant un temps par des accueils surchargés, des stocks de dossiers en croissance, des prestations non payées et des sommes mises en recouvrement à tort.

II.1.2.3. Une gestion de crise finalement efficace

Les moyens importants mis en œuvre par les partenaires pour faire face à ces problèmes ont progressivement permis de lever les différentes difficultés techniques et opérationnelles.

A l'issue d'une phase de gestion de crise qui a duré quatre années, au cours de laquelle les règles de gestion de l'ISU ont été clarifiées (le RSI assurant la maîtrise d'ouvrage stratégique et l'ACOSS le système

d'information), un circuit unique d'affiliation a été mis en place et l'ISU est entré dans une phase de stabilisation à partir de 2011. Sa mise en œuvre a pu être assurée par une organisation nationale partagée entre ACOSS et RSI, et l'organisation de cellules mixtes régionales.

Cette période a permis notamment de progresser vers l'amélioration de la relation client (numéro de téléphone unique), de résorber les stocks existants grâce à la reprise de l'ensemble des données de cotisations depuis 2008 (projet « Droits acquis »), et de sécuriser la démarche de maîtrise des risques, avec un partage des référentiels de risques. En 2014, l'ISU a franchi une nouvelle étape avec la mise en place d'une nouvelle organisation régionale pérenne.

II.2. Les enseignements susceptibles d'être tirés de ces expériences

II.2.1. Une clarification nécessaire des objectifs pour permettre l'appropriation du projet par les organismes

Des objectifs qui peuvent être aisément et communément partagés par les organismes sont le maintien, voire l'amélioration de la qualité de service, et ce à l'égard des entreprises comme des assurés.

A cet égard, ces objectifs de simplification pour l'assuré et de logique « gagnante » grâce à une performance accrue du recouvrement ont rapidement fait l'objet d'un consensus entre les équipes de l'UNEDIC et des URSSAF, contribuant au succès du projet TREC. La perspective pour chacun des partenaires de conserver ses compétences et ses expertises (recouvrement d'une part, gestion des droits et capacités d'étude et de prévision de l'autre) à l'issue du projet ont contribué à une meilleure appropriation des objectifs communs et la réussite du transfert de recouvrement.

A l'inverse, selon le RSI, les objectifs stratégiques de l'ISU n'avaient pas été suffisamment clarifiés et explicités. La volonté de transférer une partie du recouvrement au régime général tout en conservant la responsabilité juridique du prélèvement au RSI a brouillé les perspectives d'évolution des compétences de chacun des partenaires. La volonté de créer un « interlocuteur unique » tout en conservant dans la pratique des points de contact multiples pour les assurés et enfin l'absence de convergence politique sur les objectifs ont également contribué à la déstabilisation rapide de l'ISU.

II.2.2. L'importance du portage par les décideurs politiques et par les partenaires sociaux responsables des régimes

Le portage du projet par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux est un élément fortement souligné par l'ACOSS comme par l'UNEDIC. L'implication forte des partenaires sociaux à travers les conseils d'administration des organismes, et des tutelles, par le moyen de points d'avancements réguliers, a contribué à la réussite du projet, tout comme la désignation de chefs de projet issus des réseaux dans la phase pilote est un élément de succès.

La communication à destination des agents dans les deux réseaux concernés est également déterminante. Dans la période de résolution de crise de l'ISU, la mise en place d'une organisation commune aux niveaux national et régional a permis d'améliorer la communication et la réponse aux cotisants, tout en favorisant un environnement de travail apaisé entre les caisses.

II.2.3. La clarté et la cohérence des choix de périmètre

La logique guidant le transfert dans le cadre du projet TREC était celle d'une délégation complète du processus de recouvrement, depuis l'affiliation jusqu'au recouvrement contentieux, de sorte à maximiser les gains d'efficacité et la lisibilité de l'opération pour l'assuré. Cependant, par souci de pragmatisme, les périmètres plus complexes à transférer en raison de règles de recouvrement dérogatoires (recouvrement nominatif ou appels de contribution), n'ont pas été retenus dans le cadre du projet TREC. Des modalités particulières de recouvrement ont en outre été maintenues par la loi pour certaines populations (employeurs agricoles, gens de mer, VRP multi-cartes, etc.)

Les gestionnaires de l'ISU soulignent *a contrario* que celui-ci a constitué un dispositif spécifique, dans le cadre duquel les opérations de recouvrement n'étaient pas intégralement transférées. Cela a induit un partage des activités complexe, rendant relativement opaque le partage des responsabilités, en particulier concernant l'affiliation (doublonnant parfois entre le RSI et l'URSSAF) et la reprise du recouvrement forcé par le RSI avec l'utilisation du système d'information de l'ACOSS.

II.2.4. Des prérequis techniques importants : l'alignement préalable des réglementations et la fiabilisation préalable des fichiers

La loi du 13 février 2008 a aligné les règles de recouvrement des cotisations d'assurance chômage et celles des cotisations URSSAF, qu'il s'agisse de la phase pré-contentieuse (taux et point de départ des majorations, calcul des pénalités...) ou contentieuse (les compétences juridictionnelles et les règles de prescription ont également été alignées). Cet élément a fortement facilité la mise en œuvre de procédures de gestion uniques dans le cadre du transfert.

Le rapprochement et la fiabilisation préalables des référentiels des employeurs (Pôle emploi et ACOSS) ont également été un élément déterminant pour le succès de TREC, qui a permis d'accroître l'efficacité du contrôle et la performance du recouvrement. A l'inverse, dans le cadre du projet ISU, le calendrier trop resserré a empêché l'alignement préalable des fichiers référentiels de cotisants, conduisant ainsi à l'absence d'interopérabilité des bases contenues dans les systèmes des URSSAF et du RSI, avec à la clé une déstabilisation qui a duré plusieurs années. Enfin, l'expérience de l'ISU met en lumière la nécessité de mieux articuler les systèmes d'information.

II.2.5. Le nécessaire réalisme des calendriers de mise en œuvre

L'adéquation du calendrier dépend au premier chef de la préparation du processus en amont et au cours de la phase de décision.

Le projet TREC avait retenu un principe de « délai raisonnable » dans la mise en œuvre du transfert : les travaux préparatoires ont commencé en avril 2009 et la généralisation a eu lieu de janvier à avril 2011. Le déploiement du projet a d'abord concerné deux sites pilotes en Ile de France et dans le Rhône dès l'année 2010, ce qui a notamment permis le rodage des échanges informatiques et de la communication interne et externe (entreprises) sur le projet.

A l'inverse, les partenaires partagent, dans le cas de l'ISU, le constat d'une relative « précipitation », qui a empêché une préparation technique suffisante. L'ACOSS et le RSI notent ainsi le manque de temps de préparation qui a pu être consacré à la mise en place de l'ISU, en raison d'un calendrier trop court fixé par les textes. La mise en œuvre du projet a ainsi commencé dès janvier 2008, ne laissant pas le temps aux partenaires de s'entendre sur l'ensemble des règles de gestion inhérentes au calcul des cotisations.

II.2.6. La possibilité de maintenir des règles préservant les compétences et l'autonomie de gestion des deux partenaires

A l'issue du transfert, en gestion courante, l'ACOSS et l'UNEDIC ont conservé des relations suivies, grâce à des interlocuteurs spécifiques et un *reporting* régulier. Le projet TREC n'a à cet égard pas remis en cause les règles d'autonomie de gestion administrative et financière de l'UNEDIC posées par la loi, et a voulu assurer le maintien de ses capacités d'étude, de prévision et de gestion financière globale, grâce à la transmission d'un flux d'informations détaillées sur les employeurs par l'ACOSS ainsi qu'à un suivi statistique régulier des établissements et de leurs effectifs.

Ces échanges d'information se sont accompagnés d'un suivi régulier de la performance du recouvrement (indicateurs de reste-à-recouvrer, de la politique de recouvrement amiable et forcé, etc.) et du contrôle réalisé par les URSSAF.

Encadré n°6 : Une tentative de simplification débattue : l'expérience du TESE

Le titre emploi service entreprise (TESE), créé par la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, est une déclaration simplifiée qui peut être choisie par les entreprises de 9 salariés maximum ou employant des salariés dits occasionnels et qui permet à l'employeur de déclarer un salarié de manière simplifiée. Il s'inscrit notamment dans l'objectif de favoriser l'emploi et la lutte contre le travail illégal.

Il consiste en une déclaration unique lors de l'embauche pour tous les régimes collectifs et obligatoires (URSSAF, assurance chômage, retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, prévoyance collective de branche lorsqu'elle existe, etc.) et permet d'effectuer un seul règlement pour l'ensemble de la protection sociale obligatoire, par le moyen d'un chèque de paiement de salaire mensuel sur la durée du contrat de travail. En permettant une déclaration et un point de paiement unique, il constitue une simplification pour les entreprises cotisantes²³⁴. L'ACOSS reverse ensuite les fonds collectés au titre du TESE, qui atteignent 456 M€ annuels, aux partenaires concernés, dont l'AGIRC-ARRCO (85 M€).

D'après l'ACOSS, le bilan du dispositif est plutôt satisfaisant. Le taux de satisfaction des entreprises déclarantes atteint ainsi 89%. Les régimes partenaires de l'ACOSS trouvent satisfaction dans la mise en œuvre du TESE grâce aux flux d'information (relatifs aux adhésions, recouvrement, encaissements) qui leur sont transmis par les centres gérant le TESE et leur permettent de conserver la maîtrise du suivi du recouvrement.

La gestion du dispositif s'avère toutefois relativement complexe, avec là encore un certain nombre d'enseignements. En effet, outre que la gestion du TESE nécessite la cohabitation de deux systèmes d'information différents, les activités prises en charge par les URSSAF sont plus nombreuses. Il en résulte un coût globalement plus élevé en gestion que pour le recouvrement normal.

S'agissant du recouvrement pour le compte de l'AGIRC-ARRCO, il est nécessaire de tenir compte des différences de taux applicables du fait des conventions ou accords collectifs²³⁵. Ces différences entraînent des « flux retours » d'anomalies et supposent un traitement correctif par les centres TESE qui nécessite un retour vers l'entreprise.

²³⁴ Celles-ci sont majoritairement représentées dans les secteurs de l'hôtellerie-café-restauration (24%), de la santé humaine (15%) et du commerce (13%).

²³⁵ Ces difficultés peuvent cependant être partiellement traitées grâce à des paramétrages spécifiques de ces taux dans les systèmes d'information des centres gérant le TESE.

(suite encadré 6)

En ce qui concerne la mise en place du TESE pour leurs sociétés clientes au titre de contrats d'assurance collective (complémentaire santé, prévoyance et retraite supplémentaire), la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a également effectué un retour d'expérience, qui note des limites et des difficultés concernant la conception et la mise en œuvre du dispositif.

La FFSA souligne en effet le caractère incomplet de la simplification souhaitée : le TESE n'effectue le recouvrement des contributions que pour la partie correspondant à des contrats collectifs ; tandis que ces mêmes contrats comportent par ailleurs des contributions relatives à des couvertures de nature facultative. Par ailleurs, elle estime que la mise en place du TESE pour les contrats collectifs a induit des difficultés en gestion, qu'il s'agisse de l'affiliation des assurés ou de la désignation de l'assureur collectif par l'entreprise *via* les centres TESE des URSSAF, souvent incorrecte.

L'ACOSS estime toutefois qu'une partie de ces difficultés tient au fait qu'il n'existe pas de « têtes de réseau » du projet pour la partie du recouvrement concernant la prévoyance collective et l'assurance maladie complémentaire, alors que l'AGIRC-ARRCO a assumé ce rôle en matière de retraite complémentaire.

III. La situation et les perspectives d'évolution du recouvrement des cotisations de retraite des régimes complémentaires AGIRC et ARRCO

La lettre du Premier Ministre du 21 octobre 2014 a souhaité que le Haut Conseil du financement de la protection sociale examine les conditions de faisabilité d'une nouvelle étape de la rationalisation du recouvrement des prélèvements sociaux, en ce qui concerne notamment les cotisations de retraite complémentaire des salariés du secteur privé.

Cet examen, tel que le retrace la suite du présent chapitre, a adopté un point de vue exclusivement technique, et s'est limité à la question du circuit de recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO, dans le cadre de la répartition actuelle des compétences entre régimes de retraite de base et complémentaires. Il part de la répartition actuelle des modalités actuelles de recouvrement de ces cotisations (§ III.1 à III.3) et des évolutions qui sont en cours ou prévues dans un avenir proche (§ III.4 et III.5), avant d'envisager les objectifs, les points d'attention et les scénarios possibles pour d'éventuelles évolutions ultérieures (§ III.5 et III.6).

III.1. Rappels préliminaires : des régimes AGIRC-ARRCO de nature conventionnelle et contributive, avec des règles de champ, d'assiette et surtout de taux spécifiques

La retraite complémentaire obligatoire se compose de deux régimes distincts (ARRCO pour l'ensemble des salariés et AGIRC pour les seuls cadres) gérés en répartition, dans lequel les cotisations prélevées sur les salaires permettent de constituer des droits à retraite sous forme de points. En 2013, 69 Md€ de cotisations de retraite complémentaire ont été recouverts au bénéfice de 18 millions de salariés cadres et non cadres.

Ces régimes présentent des caractéristiques particulières liées à leur nature contributive, conventionnelle et complémentaire (cf. § III.3.1.). A ce titre, le champ des redevables des deux types de régimes diffère en ce qui concerne l'appréciation des personnes « assimilées » au statut de salarié (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale).

Mais ce sont essentiellement les règles de taux des régimes AGIRC-ARRCO qui sont en partie différentes de celles du régime général (cf. tableau n°1), l'assiette de leurs cotisations étant largement similaire à celle des cotisations du régime général (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale), à l'exception de la non prise en compte des assiettes forfaitaires.

Il existe par ailleurs à l'AGIRC-ARRCO des prélèvements visant au financement de droits additionnels, qui s'ajoutent aux prélèvements principaux : garantie minimale de points pour les cadres, contribution économique temporaire et AGFF, contribution qui ne crée pas de droits supplémentaires et est destinée depuis 1983 à financer le coût pour les régimes complémentaires de l'abaissement de l'âge légal de départ à la retraite de 65 à 60 ans, ainsi que certains dispositifs de départ anticipé à taux plein.

Contrairement aux contributions des employeurs pour les retraites supplémentaires, les cotisations au titre de l'AGIRC-ARRCO sont systématiquement exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et de la CSG. Par ailleurs, les cotisations de retraite complémentaires ne sont pas prélevées sur les sommes soumises au prélèvement du « forfait social ».

Tableau n°1 : Différences de taux entre régime général et AGIRC-ARRCO

	Régime général ^{236 237}	non cadres ²³⁸	cadres ²³⁹
< PSS (3170€/mois)	Assiette définie à l'art. 242-1 CSS : sommes versées en contrepartie du travail en-dessous de ce plafond 15,35%	Tranche 1 ARRCO 7,75%	Tranche 1 ARRCO 7,75%
PSS < x < 3 PSS	Mêmes sommes versées au-dessus de ce plafond (« déplafonnée ») 2,10%	Tranche 2 ARRCO 20,25%	Tranche B AGIRC 20,55%
3 PSS < x < 4 PSS		0	Tranche C AGIRC 20,55%
4 PSS < x < 8 PSS			0
> 8 PSS			0

Source : direction de la sécurité sociale

²³⁶ Le partage des cotisations entre employeurs et salariés est fixe, tandis que ce partage en régimes AGIRC-ARRCO, obéit à des règles conventionnelles différentes en ARRCO (60% pour les employeurs et 40% pour les salariés) et en AGIRC où il varie selon les tranches.

²³⁷ Les taux présentés ici sont appliqués du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 et doivent croître jusqu'en 2017

²³⁸ Les taux appliqués en ARRCO et en AGIRC correspondent à 125% des taux retenus pour l'acquisition des points (mécanisme du « taux d'appel »).

²³⁹ *Idem.*

III.2. Le paysage actuel du recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO

L'activité de retraite complémentaire est assurée, à la fois en ce qui concerne la délivrance des prestations et le recouvrement, par des institutions de retraite complémentaire (IRC) membres de groupes de protection sociale (GPS) qui exercent également des activités concurrentielles.

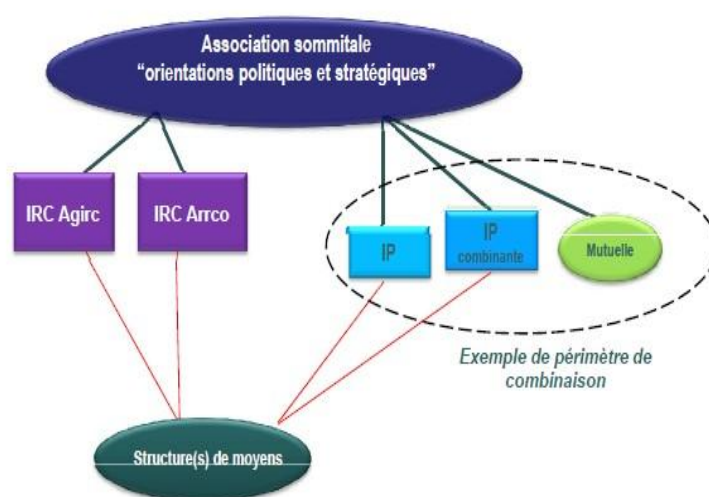
III.2.1. *Présentation des IRC et des GPS*

Les institutions de retraite complémentaire (IRC) sont des organismes de droit privé créés par accord collectif et administrés paritairement par des représentants des employeurs (membres adhérents), des salariés et des retraités (membres participants). Elles sont soumises à une autorisation de fonctionnement délivrée par le ministre en charge de la sécurité sociale et remplissent une mission d'intérêt général défini dans le code de la sécurité sociale (art. L. 922-1). Elles adhèrent soit à la fédération AGIRC, soit à la fédération ARRCO et fonctionnent sous le pilotage des fédérations qui coordonnent et contrôlent leur activité.

Ces IRC sont membres de groupes de protection sociale (GPS), qui regroupent des IRC mais également des institutions de prévoyance (IP), des mutuelles ou d'autres organismes d'assurance de personnes. Les GPS voient leurs statuts définis par un accord national interprofessionnel du 8 juillet 2009. Ils sont administrés de façon paritaire à travers des « associations sommitales », qui regroupent des administrateurs désignés par les partenaires sociaux.

Les entités rassemblées au sein des GPS mettent ainsi en commun un certain nombre de moyens matériels et humains pour la mise en œuvre des opérations de retraite complémentaire et d'assurance de personnes (cf. schéma n°1). Une importante diversité des modes d'organisation des GPS est néanmoins à l'œuvre (cf. § III.2.3.).

Schéma n°1 : Organigramme type d'un GPS avec un pôle assurance « simple »



Source : AGIRC-ARRCO

Au sein des différentes entités des GPS, les IRC exercent une « mission d'intérêt général » (loi du 8 août 1994 transposant des directives européennes dans le domaine de la protection sociale complémentaire). A ce titre et conformément aux accords paritaires de 2009 qui réglementent le fonctionnement des GPS, leurs activités sont strictement séparées sur les plans juridique et comptable.

Toutefois, les différentes activités des GPS partagent des modalités de gouvernance communes : la gouvernance paritaire, l'existence dans la plupart des cas d'un interlocuteur unique pour les entreprises et les salariés le cas échéant. Pour les GPS, le regroupement des activités dans une même entité permet l'unicité des fonctions de direction et l'intégration des personnels dans une convention de branche commune (cf. § III.2.5.).

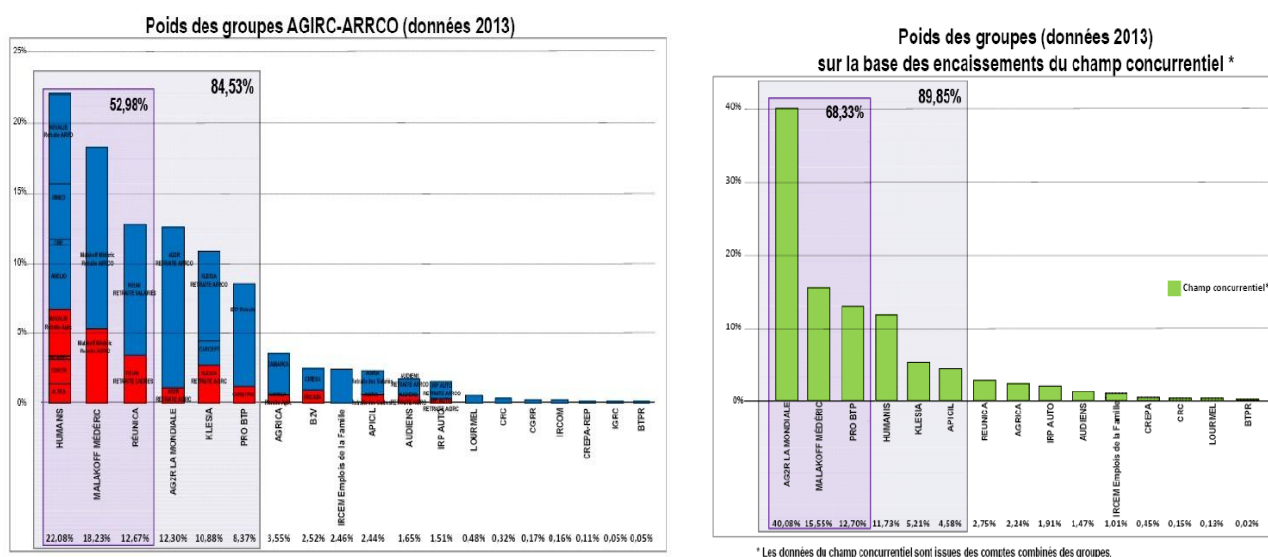
III.2.2. Le paysage des IRC et des GPS

En 2014, on recensait, après de nombreux regroupements intervenus dans les années récentes, 37 IRC AGIRC et ARRCO (contre 41 en 2011 et 103 en 2000). Ces 37 IRC étaient réparties entre 34 IRC d'une part (20 IRC ARRCO et 14 IRC AGIRC) regroupées dans 16 GPS, et d'autre part 3 IRC hors GPS.

Au sein de ces 16 GPS, l'on distingue habituellement les groupes interprofessionnels, les plus nombreux, et les groupes professionnels. Parmi les cinq groupes interprofessionnels les plus importants en 2013 figuraient HUMANIS (22% de la part de l'activité AGIRC-ARRCO²⁴⁰), MALAKOFF-MEDERIC (18%), REUNICA (13%)²⁴¹, AG2R-LA MONDIALE (12%) et KLESIA (11%), qui couvrent ensemble plus de 76% de l'activité des régimes. Les groupes professionnels (Pro-BTP, B2V, AUDIENS, IRP-AUTO, LOURMEL), qui seraient regroupés à terme dans une entité appelée « Alliance professionnelle », représentent ensemble près de 14% de l'activité AGIRC-ARRCO.

L'activité d'assurance de personnes est concentrée autour des mêmes acteurs que la retraite complémentaire. Ainsi, les quatre plus grands groupes interprofessionnels et Pro-BTP font également partie des six plus grands groupes sur le marché des activités d'assurances de personnes. (cf. schéma n°2).

Schéma n°2 : Poids des groupes de protection sociale en AGIRC-ARRCO et en activité d'assurance de personnes



Source : AGIRC-ARRCO

²⁴⁰ Ce poids des groupes dans l'activité AGIRC-ARRCO est calculé à partir des coûts de gestion administrative, dont les modalités de détermination sont expliquées au § III.2.5 (encadré n°2).

²⁴¹ Ag2R La Mondiale et Réunica ont fusionné le 1^{er} janvier 2015.

III.2.3. Une grande diversité des modes d'organisation des GPS

La diversité d'organisation entre les principaux GPS demeure importante. On distingue, au côté d'un modèle complètement intégré représenté par les GPS professionnels (comme PRO-BTP ou AGRICA) :

- un modèle « mixte » (Ag2R-La Mondiale, Humanis), dans lequel les activités support (comptabilité, RH, gestion financière, etc.) demeurent mutualisées, alors que les activités métiers demeurent distinctes entre les deux grandes branches d'activité ;
- un modèle « spécialisé » (projet de Malakoff-Médéric, à partir du 1^{er} janvier 2016), dans lequel les activités devraient être quasi-intégralement séparées, y compris les fonctions support.

Dans le contexte de la diversité des modèles de gestion, les relations des GPS avec les fédérations AGIRC et ARRCO sont de nature complexe. Elles ont évolué depuis 2009 vers un renforcement de l'audit et du contrôle interne sur la gestion des GPS, et se sont approfondies depuis 2013 dans le domaine financier et budgétaire.

III.2.4. L'adhésion encore fréquente des entreprises à plusieurs GPS

Même si le mouvement de concentration des IRC et des groupes a contribué à réduire ce phénomène, il existe aujourd'hui encore plus de 110 000 établissements adhérant à au moins deux GPS (contre plus de 600 000 en 1999), dites « pluri-adhérentes » : certaines entreprises adhèrent donc à une IRC AGIRC et à une IRC ARRCO appartenant à des GPS différents.

Ces entreprises sont issues de rachats, fusions, ou gèrent différents types de populations qui restaient affiliées à plusieurs GPS. A partir de 2002, de nouvelles règles de désignation géographique pour les entreprises nouvellement créées (le groupe désigné par convention collective ou à défaut, parmi deux groupes désignés au niveau fédéral par département) ont cependant permis de maximiser les gains liés à « l'unicité de service ».

Tableau n°2 : Ventilation des multi-adhésions par SIREN par fourchette d'effectifs (2014)

Fourchette du SIREN	Nombre d'entreprises multi-GPS	Poids des entreprises multi-GPS	Effectifs multi-GPS	Poids des effectifs multi-GPS
< 200 personnes	107 462	7%	2 517 407	18%
> 200 personnes	4 113	30%	3 574 351	32%
Total	111 575	7%	6 091 758	25%

Source : AGIRC-ARRCO

On observe que ces « pluri-adhésions » sont essentiellement représentées dans les entreprises de plus de 200 salariés. Par ailleurs, cette proportion varie fortement selon les GPS : elle est très importante (proche de 20% et jusqu'à 58%) dans la plupart des GPS représentant moins de 10% de l'activité de retraite complémentaire, pour atteindre des niveaux plus faibles dans les GPS représentant plus de 10% de cette activité (respectivement 20% pour Malakoff-Médéric, 15% pour AG2R-La Mondiale et Humanis, 13% pour Klesia).

Enfin, de manière générale, 50% des entreprises sont adhérentes à la retraite complémentaire et à l'assurance de personnes dans un même GPS. Pour les entreprises qui ne sont pas dans cette situation, il n'y a actuellement pas d'avantage lié à l'interlocution unique entre ces deux activités.

III.2.5. Les moyens consacrés à la retraite complémentaire au sein des GPS et en particulier au recouvrement

La retraite complémentaire représente au sein des GPS une part plus importante que les activités de l'assurance de personnes en termes financiers. Les 16 GPS assuraient en 2013 le recouvrement de 69 Md€ de cotisations de retraite complémentaire, et 23,1 Md€ au titre des activités concurrentielles. Cependant, si les 16 GPS assurent la couverture collective de 18 millions de salariés au titre de la retraite complémentaire, ils assurent également la couverture de 13,2 millions de salariés en prévoyance et 7,2 millions en complémentaire santé.

Les GPS ne consacrent plus comme auparavant la majorité de leurs moyens de gestion à la retraite complémentaire. Les modalités de détermination et d'imputation des frais de gestion de la retraite complémentaire sont présentées dans l'encadré n°7 (*cf. infra*). En termes de frais de gestion issus des comptes propres des GPS, la répartition des activités en 2012 s'établissait à 46% pour la gestion de la retraite complémentaire contre 54% pour les activités concurrentielles, proportion qui s'est inversée par rapport aux années 2000. Cette répartition est toutefois variable selon les GPS.

En termes de personnels, en 2013, 30 587 ETP étaient au total recensés au sein des GPS, dont 13 906 sont affectés à l'activité de retraite complémentaire et 16 681 à la prévoyance et autres activités des GPS. Cette répartition des effectifs recouvre toutefois des situations hétérogènes, certains personnels étant uniquement affectés à l'une ou l'autre activité tandis que d'autres se consacrent aux deux types d'activités, ce qui dépend de l'organisation propre de chaque groupe. Parmi les ETP relevant de la convention collective des institutions de retraite complémentaire (qui recouvre les institutions de retraite complémentaire proprement dites et les institutions de prévoyance), 25% sont affectés uniquement à la retraite, 31% à l'assurance de personnes et 44% à des activités mixtes.

Au sein des ETP dédiés à la retraite complémentaire, les effectifs affectés à l'activité de recouvrement représentaient en 2013 environ 2 400 ETP, soit 8% des effectifs de la branche et 17% des effectifs de la retraite complémentaire. Ces 2 400 ETP se répartissent en 1 700 ETP directs (« fonctions métiers »), dont l'activité est entièrement consacrée au recouvrement (dans la plupart des GPS, il s'agit de gestionnaires de comptes affectés à cette seule fonction, qui disposent donc de compétences spécifiques et qui ne sont pas interchangeables), et 700 ETP indirects (« fonctions supports »)²⁴². Si l'on retient une acception plus large de la « gestion des entreprises », qui comprend des activités connexes au recouvrement (gestion des affiliations et relations clients), le nombre d'ETP s'élève à plus de 4 300. Parmi ces derniers, environ 3 100 constituent des emplois « métiers ». (*cf. tableau n°3*).

²⁴² La répartition des ETP des GPS se fait entre différentes activités, mais aussi entre fonctions métiers et fonctions supports, ces derniers étant donc imputés « indirectement » à l'activité de recouvrement.

Tableau n°3 : Répartition des ETP affectés à la fonction de recouvrement AGIRC-ARRCO en 2013

Données 2013	ETP directs (Métier)			ETP indirects (Support)		
	Agirc	Arrco	Total Agirc Arrco	Agirc	Arrco	Total Agirc Arrco
Administration de l'entreprise	208	525	732	76	206	281
Gestion des comptes entreprises	275	772	1 048	110	346	456
Gestion des déclarations nominatives (13,3%)	40	117	157	15	46	61
Contentieux	119	368	487	44	139	183
Relation clients - Entreprises	165	502	667	62	202	264
Total Gestion Entreprises	807 ETP	2 284 ETP	3 091 ETP	307 ETP	938 ETP	1 245 ETP
S/TOTAL Recouvrement	434 ETP	1 258 ETP	1 691 ETP	170 ETP	531 ETP	700 ETP

Au total, rapporté à un coût total de 294 M€, la fonction de recouvrement représente selon l'AGIRC-ARRCO un coût de 0,42% des cotisations perçues. Si l'on retient le périmètre plus large de la « gestion entreprise » (y compris l'affiliation et la relation clients), ce coût atteint 515 M€ soit 0,74%²⁴³.

Encadré n°7 : La détermination des frais de gestion administrative des IRC

Les frais de gestion des IRC sont issus d'une dotation de gestion, prélevée sur la masse des cotisations, dont l'évolution pluriannuelle est fixée par les partenaires sociaux dans le cadre de leurs accords. Cette dotation, qui a représenté 1,8 Md€ en 2013, est répartie entre les IRC AGIRC et ARRCO selon une formule de péréquation fixée depuis 2005, qui fait reposer la part de chaque IRC à la fois sur la masse des cotisations qu'elle encaisse mais aussi sur les volumes de son activité (nombre de comptes individuels mis à jour et nombre de liquidations).

Les IRC AGIRC et ARRCO établissent leurs budgets de gestion administrative en tenant compte de ces dotations qui leur sont communiquées par les instances fédérales. C'est au sein de chaque GPS que sont ensuite calculés, en fonction de leur organisation et conformément au principe de séparation des charges, les coûts qui sont imputés à la retraite complémentaire, par le biais d'une comptabilité analytique dont les clés de répartition sont propres à chaque groupe.

Si, longtemps, le dialogue de gestion institutionnalisé avec les fédérations laissait peu de place à l'intéressement à la performance, les responsables de régimes sont convenus, à la suite des accords de 2013, d'adopter une logique d'encadrement plus strict, de nature budgétaire, d'une part croissante des dépenses de gestion administrative des IRC, en particulier dans le domaine informatique. Cette part sous pilotage budgétaire représente désormais 32% de l'ensemble de ces dépenses.

III.3. Un processus qui comporte de nombreuses spécificités de gestion par rapport au recouvrement du régime général

Le constat dressé dans les développements précédents, complété par les appréciations portées par la Cour des comptes dans son rapport de décembre 2014 précité, ne remet pas en cause la qualité d'ensemble du recouvrement des cotisations des régimes AGIRC-ARRCO, et met en évidence des spécificités portant notamment sur :

- l'alimentation des comptes de points individuels de retraite des assurés ;
- l'existence de taux de cotisation supérieurs aux taux standards, résultat d'accords de branche ou d'entreprise ;

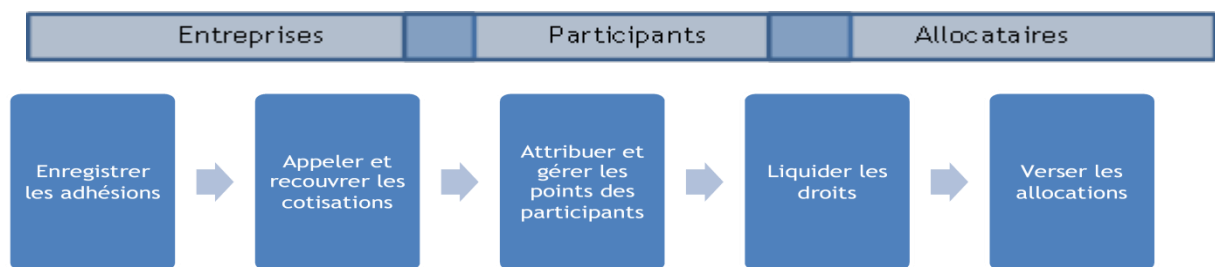
²⁴³ Ce coût, dans le cadre de la gestion déléguée, est de respectivement 0,54% pour AGRICA – MSA et de 0,66% pour IRCEM - ACOSS.

- l'existence d'entreprises qui peuvent être affiliées à plusieurs IRC : 110 000 entreprises, surtout des entreprises de plus de 20 salariés, sont ainsi adhérentes à au moins deux GPS (contre 600 000 en 1999) ;
- l'absence de contrôle sur place des cotisations (assiette, taux et calcul), lequel, bien que prévu par LFSS pour 2007, n'est pas encore entré en application.

Encadré n°8 : Le processus de recouvrement des cotisations de retraite complémentaire

Le processus de recouvrement est la première étape, après l'adhésion de l'entreprise, du processus global de constitution et de versement des droits de la retraite complémentaire.

Schéma n°3 : Les processus de la retraite complémentaire



Source : AGIRC-ARRCO

Ce processus de recouvrement comprend lui-même trois phases, qui aujourd'hui relèvent toutes trois de la compétence des IRC :

- l'adhésion des entreprises, qui obéit à un principe de désignation par accord collectif qui s'impose à l'entreprise, ou à défaut, à un principe de choix entre deux institutions référentes au sein d'un département, désignées par les fédérations²⁴⁴.
- l'affiliation des salariés, qui permet de matérialiser le lien entre un salarié et une entreprise adhérente.
- le recouvrement des cotisations, qui comporte plusieurs temps :
 - *l'appel des cotisations* qui s'effectue actuellement selon un rythme trimestriel par le biais de déclarations unifiées AGIRC-ARRCO de cotisations sociales (Ducs, Ducs-Edi : dématérialisé ou net-Ducs : en ligne) sous forme de données collectives, et donne lieu à paiement (qui peut être dématérialisé) par l'entreprise ;
 - *la déclaration nominative annuelle des salariés*, qui est effectuée actuellement selon un rythme annuel par les entreprises par le biais des états nominatifs annuels (ENA) transmises sous la forme de DADS-U (support similaire à celui transmis par les entreprises à la CNAV) et qui comporte des données individuelles. Cette déclaration donne lieu au calcul des cotisations individuelles, et débouche d'une part sur la régularisation du solde des cotisations dues par l'entreprise, et d'autre part sur le calcul et l'enregistrement des droits des salariés dans la base fédérale des carrières AGIRC et ARRCO ;
 - *le cas échéant, la procédure de recouvrement non-contentieux puis contentieux* qui prévoit les phases suivantes : relance, mise en demeure, inscription en privilège.

²⁴⁴ En 2014, les partenaires sociaux sont cependant convenus de procéder à la « départementalisation » intégrale, c'est-à-dire la désignation d'une seule caisse référente par département à compter du 1^{er} janvier 2015.

III.3.1. Des différences avec le modèle de recouvrement du régime général : la liaison entre le recouvrement et la tenue des comptes de points

Dans le système de recouvrement de l'AGIRC-ARRCO, l'entreprise déclare des salaires et non des cotisations. Ce principe est maintenu et même conforté avec la mise en œuvre de la DSN. Le calcul des cotisations et des droits AGIRC et ARRCO acquis par les salariés est individualisé et matérialisé sous la forme d'un compte de points. Il s'agit d'un système contributif qui assure l'adéquation entre les salaires individuels, les cotisations et les droits servis, ce qui distingue ces régimes du régime général sur le plan des principes de recouvrement.

Encadré n°9 : Les principes de recouvrement des cotisations de retraite par les URSSAF

Le recouvrement des cotisations de retraite par l'ACOSS, à la différence de la MSA et de l'AGIRC-ARRCO, repose sur plusieurs principes que l'Agence centrale considère comme fondateurs de son modèle et de sa performance de recouvrement. Ces principes sont :

- l'auto-liquidation des cotisations par les entreprises, qui permet une efficacité des opérations de recouvrement à l'échéance, avec en contrepartie des contrôles d'assiette nombreux et efficaces ;
- la gestion du recouvrement sur la base de données collectives, au niveau de l'établissement (SIRET) et non au niveau de chaque salarié. Il n'y a pas dans l'état actuel des choses de rapprochement systématique entre les données collectées à travers les déclarations collectives et les données individuelles issues des DADS, en dehors des opérations de contrôle aujourd'hui ciblées, mais dont la DSN permettra d'étendre le champ.

A moyen terme, les services de l'ACOSS précisent qu'ils n'envisagent pas à ce stade de faire évoluer son modèle de recouvrement dans le cadre de la mise en œuvre de la DSN. Elle estime cependant que la DSN devrait permettre une meilleure appréhension des données individuelles, de plus en plus complète, et plus fiable que les données actuellement récupérées dans le cadre des déclarations annuelles (DADS), ce qui rendrait possible à terme des rapprochements entre les données agrégées et individuelles en vue d'une plus grande fiabilisation. Cette meilleure connaissance devrait permettre aux URSSAF d'améliorer le ciblage de leurs actions de contrôle, la performance de leur recouvrement et le suivi statistique des entreprises.

Cette spécificité est en lien direct avec l'établissement et la garantie des droits des assurés. Les droits acquis par les salariés en matière de retraite complémentaire sont en effet directement établis en fonction des éléments individuels de salaires déclarés. Ceux-ci donnent lieu au calcul par l'AGIRC-ARRCO du montant final des cotisations dues par les entreprises pour chacun de ses salariés, ainsi qu'au rapprochement avec les cotisations déjà calculées à partir des salaires déclarés et, le cas échéant, à des régularisations. L'écart est d'ailleurs très significatif entre les cotisations déclarées en masse par les entreprises et le résultat du calcul de cotisations à partir des salaires individuels déclarés. Ils donnent lieu à des régularisations qui concernent annuellement 26% des entreprises.

Des mécanismes spécifiques visent à ne pas pénaliser les salariés lorsque les cotisations n'ont pas été effectivement versées. Comme au régime général, l'assuré peut faire état du précompte des cotisations au moment de la liquidation sur présentation d'une feuille de salaire. Les droits sont alors affectés et une procédure de recouvrement est déclenchée. En cas d'échec de celle-ci, cette prise en considération des précomptes peut entraîner une perte financière pour les régimes.

C'est en raison de ces spécificités que les services de l'AGIRC-ARRCO estiment impossible de renoncer à la gestion personnalisée des cotisations. Ils considèrent que sans le rapprochement entre des déclarations annuelles et des déclarations mensuelles et les régularisations qui en découlent, il y aurait une perte de ressources pour les régimes à hauteur de 400 M€ annuels, soit près de 2% de la masse des cotisations encaissées annuellement, accompagnée d'un impact négatif sur les droits des salariés.

III.3.2. Des gestions déléguées pour certaines cotisations

Des gestions déléguées concernent environ 5% de la masse des cotisations recouvrées par l'AGIRC et l'ARRCO. Dans ce mode de recouvrement particulier, les relations avec l'employeur (particulier ou agricole) se font exclusivement avec le délégataire, de l'adhésion à la déclaration de salaire, l'encaissement et le recouvrement²⁴⁵. Ce type de gestion s'exerce à titre principal sous deux formes :

- le calcul individuel des cotisations par un délégataire, avec des taux standards (chèque emploi service universel – CESU, et prestation d'accueil au jeune enfant – PAJE) ;
- le calcul individuel des cotisations par un délégataire à un taux conventionnel ou contractuel : Guichet agricole MSA, TESE-CEA.

Le secteur agricole représente 1 751 M€ de ces cotisations prélevées par gestion déléguée et les particuliers employeurs 1 033 M€. S'agissant du secteur agricole, la délégation de gestion permet à la MSA un recouvrement intégré de l'ensemble des cotisations et contributions, pour les régimes à la fois de base et complémentaire (cf. encadré n°10).

Encadré n°10 : Un exemple de recouvrement unifié des cotisations de retraite et de retraite complémentaire : la MSA

La délégation de la gestion des cotisations de retraite complémentaire à la MSA trouve son origine dans le code rural (article L. 723-7 II), qui permet à cette dernière de recouvrer les cotisations déléguées dans des conditions identiques à celles du recouvrement des cotisations du régime obligatoire de base.

Cette délégation recouvre un périmètre complet puisqu'elle inclut l'ensemble des opérations de recouvrement : adhésion des entreprises et affiliation des salariés, gestion des déclarations sociales, calcul des cotisations et émission des factures, recouvrement amiable et contentieux, gestion des incidents de paiement, contrôle sur place des assiettes, redressement, encaissement et comptabilisation des cotisations recouvrées, jusqu'à la radiation des entreprises ; auxquelles s'ajoutent l'interlocution avec les entreprises (notamment à travers les points d'accueil) et le suivi des données de recouvrement et du partenariat à destination des gestionnaires AGIRC-ARRCO.

Jusqu'à aujourd'hui et contrairement aux URSSAF, l'appel des cotisations par la MSA repose majoritairement sur le principe de l'appel chiffré trimestriel des cotisations, ce qui signifie que les entreprises déclarent trimestriellement les salaires et que la MSA calcule les cotisations dues, qui sont facturées à l'entreprise. Ce mécanisme prévoit actuellement pour les entreprises de plus de 9 salariés l'obligation de déclarer et régler mensuellement certaines cotisations, dont les cotisations retraite de base et complémentaire, ainsi que les contributions d'assurance chômage (la facturation trimestrielle des cotisations tient alors compte des versements mensuels déjà réalisés).

L'arrivée de la DSN conduira toutefois ce modèle à évoluer, dans la mesure où elle repose sur le principe de la déclaration des cotisations et sur des flux mensuels. La MSA propose de ne plus opérer le calcul individuel pour ses partenaires mais d'exercer *ex post*, afin de répondre aux exigences posées par le modèle de recouvrement de l'AGIRC-ARRCO, un contrôle approfondi des déclarations au niveau du salarié (c'est-à-dire de l'assiette individuelle et du calcul des cotisations et des exonérations), conformément aux conventions en cours de négociation avec l'AGIRC-ARRCO.

²⁴⁵ Les IRC effectuent ensuite la seule activité de contrôle des cotisations (hors calcul individuel des cotisations, assuré par le délégataire) et d'alimentation des comptes de carrières, reçoivent l'encaissement et prennent en compte le contentieux et les admissions en non-valeur dans les comptes.

(suite encadré n° 10)

Cette délégation permet une gestion intégrée à la MSA pour l'ensemble des branches et des risques, ainsi que de moindres charges de gestion aux institutions de retraite complémentaire (AGRICA, mais aussi à moyen terme Ag2R-La Mondiale et Humanis). De manière générale, l'ensemble des partenaires bénéficie de la connaissance par la MSA de l'ensemble du réseau des entreprises adhérentes et des salariés affiliés au régime agricole.

Ce modèle de délégation complète et de gestion intégrée des cotisations de retraite de base et complémentaire présente également des avantages pour les entreprises, qui bénéficient d'un interlocuteur et donc d'un guichet unique, qu'il s'agisse de la déclaration, du paiement, de l'accueil et du traitement de leurs questions et contestations. A cet égard, l'arrivée de la DSN, qui exige de mettre en œuvre le principe de déclaration des cotisations par les entreprises elles-mêmes, pourrait ne pas nécessairement être ressentie comme une simplification par les employeurs agricoles, particulièrement les plus petits. La mise en œuvre du TESA pour les entreprises comprenant moins de 20 salariés pourrait toutefois atténuer partiellement ces effets.

Le modèle de gestion intégrée présente par ailleurs une garantie pour les assurés en termes de droits : la déclaration au régime agricole déclenche automatiquement l'adhésion aux organismes complémentaires, y compris pour les contrats de courte durée, les droits sont donc appréhendés de manière globale pour les retraites de base et complémentaire.

Enfin, la mutualisation des opérations de recouvrement permet l'exercice d'un contrôle effectif sur l'ensemble du recouvrement grâce aux pouvoirs de contrôle des caisses de la MSA sur les assiettes déclarées ainsi qu'à ses pouvoirs coercitifs en matière de recouvrement (pénalités, recouvrement forcé), tout en intégrant les spécificités réglementaires de la retraite complémentaire (assiette, taux de cotisations spécifiques, exonérations...).

III.3.3. L'absence de contrôle général sur l'assiette des cotisations de retraite complémentaire

Actuellement et à l'exception du secteur agricole mentionné ci-dessus, les institutions de retraite complémentaire ne bénéficient d'aucun pouvoir de contrôle sur place des cotisations de retraite complémentaire. Elles ne bénéficient d'ailleurs pas d'échanges avec les URSSAF sur les redressements qui leur permettraient de fiabiliser leurs fichiers d'entreprises et de bénéficier de signalements automatiques.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu que l'ACOSS puisse effectuer pour le compte de l'AGIRC-ARRCO le contrôle de l'assiette, des taux et du calcul des cotisations de retraite complémentaire (article L. 243-7 du code de la sécurité sociale). A la différence de celui effectué pour le compte de l'UNEDIC, ce contrôle n'a jamais été mis en œuvre.

Les deux parties étaient convenues en 2011 d'un projet limité au contrôle des assiettes. Pourtant, ce projet n'a jamais vu le jour, faute d'accord, entre les parties d'une part, sur les modalités de l'individualisation des assiettes (en vue notamment du redressement des droits des salariés à la suite de ces contrôles), et avec la Direction de la sécurité sociale d'autre part, sur les moyens supplémentaires à mettre en œuvre²⁴⁶ et les aménagements légaux et réglementaires nécessaires²⁴⁷.

Si la COG de l'ACOSS ne prévoit que la mise en place d'un pilote à l'horizon 2017, la mise en œuvre de la DSN pourrait cependant faciliter la mise en œuvre de ce projet.

²⁴⁶ Pour l'ACOSS, un temps de contrôle supplémentaire de 30% serait nécessaire aux contrôleurs pour redresser les assiettes de cotisations de retraite complémentaire sur une base individualisée.

²⁴⁷ notamment en ce qui concerne les modalités d'exercice du droit des cotisants pendant les phases de contrôle et de traitement similaire des droits des salariés pour leurs retraites de base et complémentaires.

L'ACOSS est en train de faire évoluer le traitement des suites données à ses contrôles, et travaille actuellement, en liaison avec la CNAV, à la transmission par les URSSAF de données permettant au CARSAT de compléter les droits des salariés par les URSSAF elles-mêmes.

Cette possibilité d'effectuer des rétablissements devrait aussi, dans la même logique, permettre d'accélérer la mise en place d'un contrôle plus large pour le compte de l'AGIRC-ARRCO que le seul contrôle d'assiettes. Il n'est cependant pas certain, d'après les services de l'ACOSS, que cette expérience soit directement transposable sans besoins d'adaptations importantes s'agissant des retraites complémentaires, en raison des mécanismes d'individualisation et des spécificités de taux et d'assiettes s'appliquant à ces dernières.

Compte tenu de leurs spécificités, les redressements effectués dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé pourraient pouvoir être traités de manière plus rapide.

III.4. Des évolutions en cours à prendre en compte

Plusieurs évolutions importantes affectent d'ores et déjà le recouvrement des cotisations des régimes AGIRC-ARRCO, ou sont susceptibles de le faire dans un avenir proche, parmi lesquelles on peut signaler :

III.4.1. La concentration croissante du paysage des GPS

Du fait de désignations sectorielles ou géographiques, les entreprises adhèrent par le biais d'une ou plusieurs IRC AGIRC et/ou ARRCO à un ou plusieurs GPS s'agissant de la retraite complémentaire (cf. *supra*, § III.2.4.). Leur choix de GPS s'agissant des activités concurrentielles relatives à la prévoyance et à l'assurance maladie complémentaire est dans le même temps amené à être de plus en plus concurrentiel.

Les travaux initiés par les accords nationaux interprofessionnels AGIRC et ARRCO de mars 2013 ont déjà acté deux évolutions majeures en cours, qui doivent accélérer la recomposition du paysage des GPS et permettre à toutes les entreprises de bénéficier d'un interlocuteur unique pour la retraite complémentaire, voire, pour un nombre plus important d'entreprises, d'un interlocuteur unique pour la retraite complémentaire et l'activité d'assurances de personnes :

- *le regroupement des adhésions multi-GPS pour la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO*

Cette mesure, visant à désigner un GPS unique pour les entreprises actuellement adhérentes à deux GPS différents (soit pour l'affiliation de leurs populations de cadres d'une part et de non cadres d'autre part, soit pour leur adhésion à l'ARRCO d'une part et à l'AGIRC d'autre part), doit produire d'importants gains d'efficacité. Surtout, elle doit permettre de remédier aux situations de double gestion des déclarations et de double interlocution auprès de deux GPS pour les entreprises²⁴⁸, dès à partir de 2016²⁴⁹.

²⁴⁸ Et même de double interlocution pour les salariés cadres lorsque l'entreprise était adhérente à un GPS 1 pour l'ARRCO et un GPS 2 pour l'AGIRC (les cadres cotisent à l'AGIRC et à l'ARRCO).

²⁴⁹ Le lot des entreprises dont l'effectif est inférieur à 200 salariés, qui représente 60% des coûts de gestion de ces entreprises « multi-GPS », doit être intégralement regroupé au 1^{er} janvier 2016, tandis que le lot des entreprises de plus de 200 salariés sera très probablement regroupé au 1^{er} janvier 2017.

- *l'établissement d'un « schéma-cible » de regroupement des GPS*

Les partenaires sociaux ont établi, en 2014, un « schéma-cible » de regroupement des GPS. Ce schéma détermine un seuil minimal et un plafond s'agissant de la part d'activité que chaque groupe représente au sein des régimes AGIRC-ARRCO. Il devrait ainsi permettre de concentrer l'activité AGIRC-ARRCO des actuels GPS interprofessionnels au sein de trois ou quatre groupes, dont le poids relatif sera compris entre 10 et 30% de l'activité de retraite complémentaire. Serait par ailleurs constituée une « Alliance professionnelle » qui reprendra la gestion des actuels GPS professionnels, soit 14% de l'activité.

Ce schéma doit permettre de dégager des gains d'efficience grâce à des économies d'échelle tout en évitant une trop grande concentration des risques, afin de préserver l'intérêt des régimes AGIRC-ARRCO. L'accélération des regroupements d'adhésions et des fusions de GPS devrait quant à elle procurer des gains aux entreprises en termes d'unicité d'interlocution et faciliter les gains d'efficience en gestion ; elle devrait simultanément avoir d'importants impacts sur les activités concurrentielles des groupes.

III.4.2. Les évolutions partiellement divergentes des activités de retraite complémentaire et d'assurance de personnes

Depuis 2009, les partenaires sociaux partagent le constat d'une spécialisation croissante des activités des GPS, entre retraite complémentaire et assurance de personnes. Selon les termes de l'accord du 8 juillet 2009 sur la gouvernance des GPS, « *l'accord du 25 avril 1996 a posé les conditions d'une bonne cohabitation des activités tenant à la retraite complémentaire et à la prévoyance, mais la spécialisation des métiers s'est progressivement accrue.* » Ces divergences se sont accentuées avec le développement de l'environnement réglementaire depuis 2009. A cet égard, plusieurs facteurs principaux peuvent être cités :

- du côté de la retraite complémentaire :
 - la transformation technique des métiers à travers la montée en charge de « l'Usine retraite »²⁵⁰, et la centralisation progressive du système d'information retraite complémentaire (SI-RC) ;
 - la transformation des obligations de service aux particuliers : le droit à l'information au sein du GIP Info retraite s'est fortement élargi avec la loi du 20 janvier 2014, qui prévoit notamment le développement de nouveaux outils à travers le Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) ;
 - une contrainte accrue sur la dépense : l'article 8 de l'accord du 13 mars 2013 prévoit la mise en œuvre de mesures de simplification du produit retraite, la mise de certaines dépenses sous pilotage budgétaire, ainsi que des objectifs de réduction des coûts de gestion (300 M€ par an à partir de 2018) incluant des objectifs d'évolution maximale des dépenses de personnel.
- du côté de l'assurance de personnes :
 - la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, en application de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui renforce la place des contrats collectifs sur le marché des activités assurantielles ;

²⁵⁰ Ensemble d'applications propres à la gestion « désimbriquée » de la retraite complémentaire, l'UR est actuellement déployée dans près de 80% des GPS

- la transposition de la directive Solvabilité II, qui fixe de nouvelles exigences prudentielles, tant en termes de fonds propres que de règles nouvelles de gouvernance et de gestion, applicables dès le 1er janvier 2016 ;
- l'accroissement général de la pression concurrentielle dans un contexte où les entreprises sont appelées à choisir plus fréquemment leur organisme d'assurance complémentaire santé et de prévoyance.

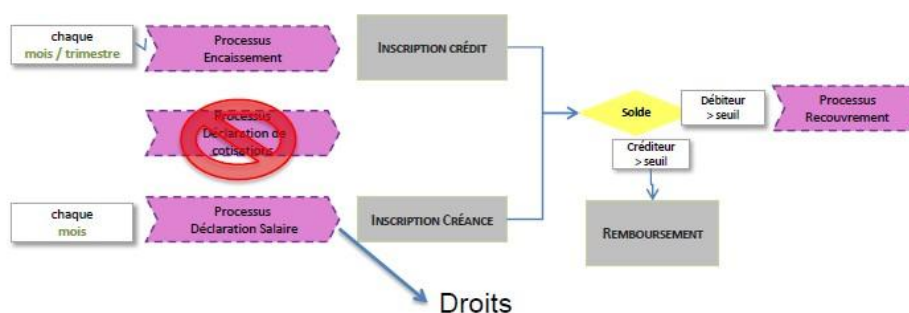
Ces facteurs suscitent des mouvements de restructuration et de concentration sur le marché des couvertures santé et prévoyance, mais selon un horizon et des calendriers qui sont encore pour partie imprévisibles, voire incertains. Ils devraient à terme contribuer à accroître encore la désimbrication et les évolutions divergentes des métiers de retraite complémentaire et d'assurances de personnes.

III.4.3. La déclaration sociale nominative : d'importants impacts prévus en termes de simplification et de gestion

Le déploiement progressif de la déclaration sociale nominative (DSN) s'articule avec la mensualisation du versement des cotisations. Il est prévu à l'AGIRC-ARRCO pour les entreprises de plus de 9 salariés à partir de janvier 2016. C'est également à cette date qu'est prévue la généralisation de son utilisation, y compris pour la retraite complémentaire et la prévoyance (cf. chapitre II du présent rapport, § II.3.2.2).

La DSN doit apporter d'importantes simplifications au processus de recouvrement des cotisations de retraite complémentaire. En premier lieu, elle fait disparaître la déclaration, jusqu'ici trimestrielle, de cotisations par l'entreprise, pour y substituer la déclaration mensuelle des salaires individuels *via* la DSN. En deuxième lieu, sa mise en œuvre fait disparaître le traitement annuel des déclarations de salaires, qui donnait lieu à un ajustement annuel des comptes de carrière. Elle lui substitue un traitement mensuel et une attribution des droits qui reste annuelle, sur la base des salaires déclarés tout au long de l'année (cf. schéma n°5). Les paiements peuvent être associés à la déclaration, sur décision de l'entreprise.

Schéma n°5 : Le processus « Entreprises » à l'AGIRC-ARRCO avec la DSN



Source : AGIRC-ARRCO, Direction du produit retraite

Le déploiement de la DSN comporte donc un potentiel important de simplifications pour l'entreprise adhérente, en réduisant le nombre de données et des processus de gestion demandés à l'entreprise, mais également d'importants gains en gestion du côté des gestionnaires du recouvrement de la retraite complémentaire.

Elle est toutefois, en elle-même, neutre du point de vue du modèle de recouvrement, puisque sa mise en œuvre est prévue de sorte à reproduire les modèles actuels des régimes (sur la base de données collectives pour l'ACOSS et sur la base de données individuelles pour l'AGIRC-ARRCO). Même s'il est possible de tirer parti assez rapidement de certaines possibilités qu'elle offre (notamment en termes de contrôle et de suivi statistique), l'ACOSS n'a en effet pas prévu de faire évoluer son modèle de recouvrement dans le sens d'une gestion individualisée des cotisations, alors que la DSN pourrait assez logiquement offrir cette potentialité à terme.

III.5. Des objectifs et des points d'attention à partager pour d'éventuelles évolutions ultérieures

Suite à la lettre de saisine du Premier ministre, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a souhaité examiner de façon ouverte plusieurs pistes envisageables d'un point de vue technique. Il a procédé à ce premier examen sur la base d'auditions de l'ensemble des organismes concernés et de réponses à des questionnaires écrits. Il en ressort des objectifs et des points d'attention pour les différents acteurs, qu'il semble important de partager pour assurer le succès d'éventuelles opérations d'évolution du recouvrement.

**Encadre n°11 : Liste des personnes auditionnées
au cours de la séance plénière du Haut-Conseil du financement de la protection sociale du 27 mars 2015**

- Jean-Jacques Marette, ancien directeur général du GIE AGIRC-ARRCO
- François-Xavier Selleret, directeur général du GIE AGIRC-ARRCO
- Jean-Pierre Ménanteau, directeur général du groupe Humanis
- Jean-Paul Lacam, délégué général du CTIP
- Michel Brault, directeur général de la Caisse centrale de la MSA
- Jean-Louis Rey, directeur général de l'ACOSS
- Vincent Destival, directeur général de l'UNEDIC
- Stéphane Seillier, directeur général du RSI
- Jean-Louis Bühl, chargé de la mission interministérielle pour la DSN

L'ensemble des organismes représentés par les personnes auditionnées ont par ailleurs fait bénéficier le secrétariat général du Haut Conseil de réponses à un questionnaire écrit, et par ailleurs la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) ont été consultées.

Ces évolutions peuvent être esquissées à partir de trois scénarios possibles qui sont présentés plus loin (*cf.* § III.6.). Ceux-ci s'inscrivent dans les répartitions des compétences actuelles entre régimes de base et complémentaires et ne remettent donc pas en cause l'autonomie de pilotage des régimes complémentaires, à l'image du transfert de l'activité de recouvrement réalisé pour les cotisations d'assurance chômage. Ils devraient pouvoir donner lieu à des études plus approfondies, à la fois quant à leur opportunité et à leur faisabilité, dans la mesure où seule une esquisse a été réalisée ici.

III.5.1. Des objectifs à garantir de façon partagée

Comme dans le cas du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux URSSAF, une évolution future du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire devrait, pour être réalisée dans les meilleures conditions, pouvoir recueillir un large consensus entre les organismes concernés (AGIRC-ARRCO, URSSAF) et les pouvoirs publics sur les objectifs qui lui seraient assignés. Les auditions réalisées permettent d'en identifier trois principaux : qualité de service aux assurés, simplifications pour les entreprises et efficience des moyens.

III.5.1.1. La préservation et l'amélioration de la garantie des droits des assurés

La garantie de l'exhaustivité des droits enregistrés

Un premier objectif partagé serait de conserver l'exhaustivité de l'alimentation des droits propres aux régimes contributifs que sont l'AGIRC et l'ARRCO, quel que soit le mode de recouvrement des cotisations et l'organisme en charge de ces opérations. Cela implique d'organiser, le cas échéant, les flux de données nécessaires entre les organismes, l'interopérabilité nécessaire entre les systèmes d'information et de fiabiliser en amont les fichiers d'entreprises, afin de repérer les éventuels double-comptes, ou au contraire les comptes isolés.

La question de la garantie des droits des assurés est particulièrement importante pour l'AGIRC-ARRCO au regard des nombreux taux de cotisation dérogatoires au taux minimum, résultant des conditions contractuelles et conventionnelles d'adhésion à ces régimes. Selon l'AGIRC-ARRCO, le différentiel de cotisations et donc de droits qui en découle représente 5,7% (2 Md€) du montant des cotisations ARRCO, et pour 3 millions de salariés environ 23% du montant de leur pension.

Le maintien des mécanismes protecteurs des assurés

Il apparaît également souhaitable de conserver, pour les assurés qui auraient été salariés d'une entreprise ne remplissant pas ses obligations déclaratives ou ayant fait l'objet d'une procédure de liquidation, le bénéfice du « précompte » des cotisations de retraite complémentaire qui leur permet, à la liquidation de leur pension de retraite, de conserver des droits acquis hors versement des cotisations par les entreprises.

L'amélioration des contrôles en vue d'une meilleure garantie des droits

Par ailleurs, la garantie des droits des assurés pourrait être accrue par la mise en œuvre des contrôles destinés à repérer et sanctionner les sous-déclarations d'assiettes et d'éléments de rémunérations normalement soumis aux cotisations de retraite complémentaire ou les cas de travail illégal. Ces contrôles devraient alors être suivis de procédures permettant d'assurer, dans le respect du droit des cotisants contrôlés, un rétablissement des sommes inscrites aux comptes des salariés pour assurer la complétude de leurs droits.

III.5.1.2. La préservation et l'amélioration de la qualité du service aux entreprises : extension des simplifications, unicité d'interlocution pour les entreprises, traitement des entreprises en difficulté

La réussite d'un projet d'évolution du recouvrement nécessite une communication très rapprochée avec les entreprises et une préparation en leur direction. Celles-ci devraient pouvoir en percevoir le bénéfice immédiat ou futur, en termes de simplification des démarches (de déclaration, d'interlocution

avec les organismes) ou de facilitation de leur fonctionnement, par exemple lors du règlement de situations difficiles, en particulier pour les entreprises les plus fragiles.

La simplification des formalités déclaratives

Des simplifications importantes sont en voie d'être mises en œuvre avec le déploiement prochain de la DSN (cf. § III.4.3.), qui permet d'avoir un support de déclaration unique et de généraliser la dématérialisation de celle-ci. Un éventuel transfert vers les URSSAF n'apporterait donc pas d'avantage perceptible par les entreprises de ce point de vue. Les services de l'ACOSS mettent cependant en avant le bénéfice, pour les entreprises, de ses outils et procédures dématérialisés à 100% (qui comprennent la déclaration et le paiement, mais aussi la consultation des comptes en ligne, les demandes d'attestations, etc.)

A contrario, la DSN ayant prévu, dans ses spécifications propres à l'AGIRC-ARRCO, de ne pas faire effectuer par l'employeur le calcul trimestriel des cotisations (sur la base de données collectives), il conviendrait d'éviter qu'un retour éventuel à un calcul préalable par l'employeur des cotisations dues puisse, eu égard à ses conditions de mise en œuvre, être perçu comme un recul.

Il existe en tout état de cause un relatif consensus, parmi les parties prenantes, pour tirer d'abord pleinement profit de l'ensemble des opportunités liées à la DSN, en gestion courante, avant d'engager d'éventuels transferts de recouvrement.

La simplification du paiement des cotisations :

La DSN n'apporte en revanche pas le bénéfice d'un point de paiement unique des cotisations, dans une logique de « guichet unique ».

Dans ce cadre, l'unification des échéanciers de paiement (dates d'échéance et dates limite de paiement) et le bénéfice d'un point de réception unique de l'ensemble des cotisations de retraite de base et complémentaire, pourraient constituer un potentiel de simplification important pour les entreprises.

L'impact d'un paiement unique sur la base d'une unification des dates limites de paiement serait en revanche négatif pour la trésorerie des entreprises. L'ampleur de cet impact, estimé par l'AGIRC-ARRCO à 3,5 Md€ sur la trésorerie de l'ensemble des entreprises, devrait être évaluée de manière conjointe et faire l'objet d'un accompagnement adapté.

La réduction du nombre d'interlocuteurs

L'unicité d'interlocution²⁵¹ pour les activités de retraite complémentaire et de prévoyance ou de complémentaire santé est présentée par l'AGIRC-ARRCO et la communauté des GPS comme un élément de confiance et de simplicité important vis-à-vis de leur clientèle. A cet égard, l'impact d'un éventuel transfert de la fonction de recouvrement des cotisations de retraite complémentaire aux URSSAF mériterait d'être soigneusement examiné et pourrait varier selon les contours envisagés pour un tel transfert (cf. encadré n°10).

²⁵¹ L'unicité d'interlocution est le fait pour une entreprise affiliée à un seul GPS de bénéficier d'un interlocuteur unique, s'agissant de l'accueil et des informations aux entreprises sur la situation de leur compte ou leurs obligations de déclaration et de paiement de cotisations.

Le traitement des entreprises en difficulté

Enfin, des évolutions futures du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire auraient à se donner l'objectif de rapprocher les pratiques de l'AGIRC-ARRCO d'une part, et des URSSAF d'autre part, au bénéfice des entreprises en difficulté.

Encadré n°12 : Le traitement des entreprises en difficulté : l'intérêt d'une coopération accrue

L'ACOSS a développé une politique d'accompagnement des entreprises en difficulté, qui se manifeste à la fois par des actions préventives et des actions curatives, comprenant l'octroi de délais de paiement supplémentaires (uniquement sur la part patronale des cotisations) et des remises de majoration de retard, qui peuvent être totales ou partielles, à condition que les cotisations aient été réglées.

L'AGIRC-ARRCO, à l'instar des autres organismes de sécurité sociale, consent également des délais de paiement et des remises de dettes (majorations de retard) dans le cadre de ses procédures contentieuses vis-à-vis des entreprises en difficulté, selon une doctrine définie par les instances paritaires de l'AGIRC et de l'ARRCO. A la suite de la crise financière en 2011, l'AGIRC-ARRCO avait, à l'image des URSSAF, renouvelé son arsenal juridique permettant d'octroyer plus facilement des remises de majorations pour retard de paiement et des échelonnements de délais de paiement pour les entreprises en situation très critique de trésorerie.

La coopération entre l'AGIRC-ARRCO et les URSSAF sur le règlement des dettes sociales des entreprises se fait actuellement dans le seul cadre des commissions départementales des chefs des services financiers (CCSF). Pour de nombreuses entreprises en difficulté, les impacts de ces dispositifs de soutien à l'activité seraient plus puissants si l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO se coordonnaient en amont, éventuellement au niveau individuel de chaque entreprise, sur les délais à octroyer et les modalités d'inscription des créances, et si elles se rapprochaient sur les remises de majorations de retard (tant sur leur montant que sur la doctrine d'octroi de ces remises).

III.5.1.3. La réalisation de gains de performance et d'éventuelles économies de coûts de gestion

Du point de vue de la performance de gestion :

Comme pour le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage, une éventuelle évolution du recouvrement devrait présenter une valeur ajoutée pour les régimes, y compris en montant de cotisations recouvrées. Des performances supplémentaires immédiates pourraient être obtenues grâce au croisement des fichiers AGIRC-ARRCO et URSSAF et à la fiabilisation des assiettes²⁵² présentes dans les bases de ces régimes de base et complémentaires, et au-delà, dans le cadre de contrôles d'assiettes qui seraient réalisés par les URSSAF pour le compte de l'AGIRC-ARRCO. À stratégie de contrôle inchangée, les gains potentiels en termes de montants redressés supplémentaires en faveur des régimes complémentaires AGIRC et ARRCO, d'abord estimés par l'AGIRC-ARRCO en 2010 à 85 M€, ont été réévalués par l'ACOSS à 168 M€ annuels. Il importerait à cet égard que les redressements de cotisations appelées au profit de ces régimes puissent trouver un aboutissement en termes de rétablissement des droits des salariés.

²⁵² Cette fiabilisation pourrait s'effectuer à la fois au niveau des assiettes déclarées sur une base collective par établissement et au niveau du rapprochement entre ces assiettes et les données individuelles (cf. scénarios au § III.6.)

Au-delà du contrôle, une évolution éventuelle des fonctions de recouvrement devrait également avoir pour objectif d'améliorer les performances actuelles des régimes en termes de restes à recouvrer. L'ACOSS dispose à cet égard d'une expertise certaine (ce taux est très faible, de 0,81%, à l'ACOSS²⁵³), mais celle-ci n'est pas transposable en l'état actuel de ses processus pour les cotisations de retraite complémentaire. En effet, d'une part, le rythme de recouvrement est actuellement trimestriel à l'AGIRC-ARRCO et mensuel à l'ACOSS hormis pour les plus petites entreprises, sachant que les partenaires sociaux, s'appuyant sur la généralisation de la DSN en 2016 ont décidé la mise en place d'un recouvrement mensualisé à l'AGIRC-ARRCO à la même date ; d'autre part, le mécanisme qui permet actuellement l'exactitude du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire (les régularisations annuelles des soldes des entreprises à partir des données individuelles) n'existe pas dans les processus prévus par l'ACOSS, y compris dans le cadre du déploiement de la DSN.

Enfin, les services de l'ACOSS soulignent les bénéfices éventuels qu'une évolution du recouvrement pourrait procurer en termes de trésorerie du fait de la performance de l'ACOSS en ce domaine, obtenue grâce à la qualité des prévisions de trésorerie effectuées pour les tiers, des calendriers de versement adaptés et un haut niveau de fiabilité des opérations.

L'intérêt de tels gains en trésorerie est toutefois questionné par l'AGIRC-ARRCO, et une mise en regard de cet apport et de leurs besoins financiers apparaîtrait utile, eu égard aux mécanismes de constitution de leurs réserves.

Du point de vue des coûts de gestion :

Des évolutions du recouvrement pourraient également être une opportunité pour rationaliser les processus et réaliser des gains d'efficience en gestion, dans une optique d'économies bénéficiant à l'ensemble des administrations de sécurité sociale. La possibilité de réaliser, en cas de transfert partiel ou complet de certaines fonctions de recouvrement, des économies de gestion ne fait toutefois pas consensus parmi les organismes, et un objectif devrait donc être de parvenir, à l'issue d'une étude commune, à des évaluations qui puissent être partagées.

Il en est de même s'agissant des gains de productivité susceptibles d'être réalisés dans le cadre d'une éventuelle évolution du recouvrement en fonction des différentes modalités envisagées (cf. encadré n°13), ainsi que des éventuels coûts supplémentaires nécessaires en termes de systèmes d'information.

²⁵³ Actuellement, toute comparaison avec le régime AGIRC-ARRCO de ce point de vue apparaît difficile, faute d'une définition rigoureuse d'un indicateur commun.

**Encadré n°13 : Le coût moyen du recouvrement par l'AGIRC-ARRCO et les URSSAF
dans la perspective d'un transfert éventuel**

Pour les régimes complémentaires, un transfert d'activité ne permettrait de baisser les charges de gestion administrative que si le coût moyen facturé²⁵⁴ par l'ACOSS, majoré du reliquat des coûts qui resteraient à la charge des régimes AGIRC-ARRCO, s'avérait inférieur au coût moyen du recouvrement au moment du transfert.

Dans les régimes complémentaires, la cible de coûts de gestion des régimes complémentaires pour la fonction de recouvrement a été fixée à 0,33% du montant des cotisations recouvrées en 2018, grâce au regroupement des pluri-adhésions et aux rapprochements entre groupes de protection sociale. D'après l'AGIRC-ARRCO, il n'est pas certain que les URSSAF aient atteint ce niveau de coûts de gestion à la date cible d'un transfert éventuel.

Dans le régime général, selon l'ACOSS, les coûts de gestion rapportés à la masse des cotisations recouvrées s'établissent à 0,28% de la masse de l'ensemble des cotisations, ce taux étant inférieur dans le seul champ des entreprises privées. On peut en outre penser que les URSSAF pourraient, dans le cadre d'une extension de leur activité pour le compte des régimes complémentaires, réaliser des économies d'échelle en rentabilisant leurs coûts fixes. Ces économies d'échelle ne sont cependant pas évaluées à ce stade.

La quantification des économies de gestion potentielles dépend à cet égard fortement du contenu des hypothèses envisagées et exige une connaissance approfondie des mécanismes de comptabilité analytique pratiqués dans les groupes de protection sociale. Un objectif serait donc d'engager un travail commun entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO pour évaluer et préciser les gains potentiels en coûts de gestion qui pourraient être réalisés sous les hypothèses des différents scénarios examinés (cf. § III.6.).

III.5.2. Des points d'attention à considérer de façon indispensable

Outre le consensus à recueillir sur ses objectifs, une éventuelle évolution du recouvrement impliquerait de prendre en compte un certain nombre de prérequis ou de points d'attention importants.

III.5.2.1. La mise en place nécessaire d'une gestion de projet collégiale

Comme dans le précédent du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage, il apparaît important qu'une équipe de gestion de projet collégiale soit mise en place. Celle-ci devrait comprendre des représentants des régimes de base et complémentaire, aux niveaux stratégique et opérationnel, et permettre de s'assurer, tout au long du processus, du respect des objectifs partagés (cf. § III.5.1) et des compétences des deux institutions.

III.5.2.2. Des prérequis techniques à assurer

Il paraît essentiel de prendre en compte dans un éventuel projet d'évolution la mise en œuvre progressive de la DSN, et de s'assurer que l'ensemble des potentialités de simplification des démarches des entreprises que celle-ci porte puissent être réalisées avant d'engager une transformation plus générale du recouvrement.

L'alignement des règles et procédures de recouvrement

Les règles relatives aux phases de recouvrement précontentieuse (ou « amiable ») et contentieuse divergent actuellement entre les régimes de base et complémentaire, de même que les politiques de recouvrement adoptées par chaque régime.

²⁵⁴ Deux modalités différentes de facturation peuvent être envisagées : au coût marginal et au coût moyen. Il est généralement estimé que la facturation au coût moyen est plus équitable (cf. § III.5.2.2.).

En amont d'une évolution du recouvrement, il paraîtrait pertinent, comme cela a été le cas lors du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage, d'harmoniser les taux et point de départ des majorations, les modalités de calcul des pénalités, les règles de compétence juridictionnelle, de prescription et de garantie, etc.

La fiabilisation des fichiers

Sur un plan plus technique, il importe d'assurer en amont de l'exhaustivité des bases d'entreprises (élimination des doubles comptes et des comptes isolés dans les bases URSSAF ou, éventuellement, AGIRC-ARRCO) et de réaliser leur fiabilisation. Cette condition est indispensable pour améliorer la performance du recouvrement.

Les transferts d'informations à l'AGIRC-ARRCO

De même, un éventuel transfert de fonctions de recouvrement devrait permettre à l'AGIRC-ARRCO de conserver le bénéfice des informations statistiques nécessaires tant pour la gestion technique que pour le pilotage financier des régimes. Il s'agit notamment de l'information comptable, du suivi statistique et qualitatif des données de cotisations, de populations des entreprises et de masse salariale, à des fins d'amélioration du pilotage des régimes et des relations avec les entreprises. Ces modalités de partage de l'information ont constitué un facteur important de succès de la prise en charge du recouvrement pour le compte de l'UNEDIC.

Des modalités équitables de facturation

Dans le cas d'un transfert de tout ou partie des processus de recouvrement aux URSSAF, les modalités de facturation à l'AGIRC-ARRCO devraient être établies de manière objective, calculée sur la réalité des charges supplémentaires induites pour le réseau des URSSAF, éventuellement assortie d'une trajectoire de diminution dans le temps. Elles pourraient le cas échéant s'inspirer des modalités de facturation au coût moyen mises en œuvre pour le recouvrement des cotisations d'assurance chômage, afin de répercuter les coûts fixes supportés par le réseau des URSSAF, mais aussi les éventuelles économies d'échelle, sur le coût supporté par les régimes complémentaires pour ce recouvrement.

Une facturation selon ces principes devrait permettre de préserver l'équité du financement et la réalisation d'économies de gestion répercutées de manière équitable vers chacun des organismes concernés.

III.5.2.3. La mise en place d'un calendrier progressif et réaliste

Le calendrier qui serait retenu dépendrait par nature du cadre fixé par les pouvoirs publics s'agissant du principe et du contenu d'une éventuelle évolution du recouvrement. Il est toutefois essentiel que ce cadre législatif et réglementaire soit propice à un déploiement progressif et réaliste.

D'un point de vue opérationnel, il est nécessaire de s'assurer de la réalisation des prérequis techniques (fiabilisation des bases de données entreprises, interopérabilité des systèmes d'information, notamment), mais aussi organisationnels et sociaux (cf. § III.5.2.4) avant d'engager un éventuel processus de transfert.

En premier lieu, il importe de tenir compte de la montée en charge de la DSN, dont le plein effet des impacts pourrait être maximisé, selon la Mission interministérielle DSN, à partir de 2020. Le déploiement de celle-ci implique en effet une certaine convergence des pratiques entre les réseaux des URSSAF et des IRC AGIRC et ARRCO, qu'il est nécessaire de mettre à profit.

Il importe également de ne pas obérer la mise en œuvre des importants chantiers de simplification et de rationalisation qui sont actuellement en cours, qu'il s'agisse du régime général²⁵⁵ ou de l'AGIRC-ARRCO (mensualisation du recouvrement, identification par SIRET, projets inter-régimes, restructuration générale du paysage des GPS).

Certaines de ces évolutions ont en effet nécessité d'importants investissements qu'il importe de rendre utiles et amortissables. Il apparaît nécessaire, en particulier, de tirer toutes les conséquences du plan d'économies de 300 M€ décidé par l'AGIRC-ARRCO à la suite des accords du 13 mars 2013, qui doit notamment permettre dès 2016 la suppression des cas d'entreprises adhérant à plusieurs GPS (cf. § III.2.4.), et de la recomposition du paysage des GPS. Les évolutions éventuelles du recouvrement ne devraient pas non plus interférer avec la mise en place des nombreux chantiers inter-régimes en cours du côté de la gestion des carrières et de la liquidation (notamment le Répertoire de gestion des carrières unique, mis en œuvre à partir de 2017 aux termes de la loi du 20 janvier 2014).

Plus largement enfin, il pourrait être intéressant d'engager un rapprochement des réglementations propres en termes de champ et d'assiette aux modèles actuels de recouvrement des cotisations des retraites de base et complémentaire préalablement à un éventuel transfert (cf. § III.1. et III.5.2.2.).

D'éventuelles évolutions du recouvrement ne pourraient donc que s'inscrire dans un cadre très progressif avec un horizon qui serait, selon le scénario qui serait retenu, au minimum de 2017 ou de 2020.

III.5.2.4. La prise en compte des problèmes sociaux posés par la reconversion des personnels

Dans le cadre d'une évolution de la fonction de recouvrement, et comme l'ont souligné les services de l'AGIRC-ARRCO, les conséquences éventuelles du point de vue des effectifs et des personnels dépendent principalement de trois facteurs : la proportion de personnels restant sous la responsabilité et donc rémunérés par les IRC, les conditions de transfert éventuel de personnels vers les URSSAF et enfin les capacités de transfert de personnels vers d'autres activités des GPS.

Selon les services de l'AGIRC-ARRCO, les personnels affectés à l'activité de recouvrement représentent 2400 ETP, dont 1700 ETP intégralement affectés à cette fonction, et 700 ETP occupant des fonctions supports, dont les coûts sont imputés à la fonction recouvrement selon une clé analytique fondée sur le temps passé. Ces ETP correspondent, selon l'AGIRC-ARRCO, à une masse salariale de 200 à 250 M€ par an.

²⁵⁵ L'actuelle COG de l'ACOSS prévoit une restitution de 740 ETP soit 5% de ses effectifs à l'horizon de 2017.

**Encadré n°14 : Les principales caractéristiques des personnels
de la convention collective du secteur de la retraite complémentaire et de la prévoyance**

Les personnels des IRC relèvent de la convention collective nationale (CCN) des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance. Cette convention collective est un élément fort d'unicité pour les personnels des GPS, sauf ceux relevant de la convention des assurances. Les employeurs de ces personnels sont, selon les cas, DGIE ou des associations. Ceux-ci peuvent être spécialisés par métiers (retraite complémentaire, assurance de personnes, fonctions supports).

71,7% des ETP sont des hommes, bien que les femmes soient surreprésentées dans les fonctions métiers. L'âge moyen des effectifs est de 44,3 ans. 92,9% des effectifs sont employés en CDI (pour une ancienneté moyenne de 16,7 ans).

Du point de vue des qualifications, les employés représentent 45,6% des ETP, contre 28,4% pour les agents de maîtrise et 26,0% pour les cadres. Les classes d'emploi les plus représentées, sur une échelle de 1 à 8 en sus de la hors-classe, sont la classe 3 (44,1%) et la classe 6 (18,5%). Plus de la moitié des effectifs se situe en classe 3 ou inférieure.

Du point de vue des fonctions, la gestion regroupe 39,8% des effectifs et le management 14,9%, le reliquat représentant les autres fonctions en particulier supports (10,6%) et informatique (6,3%).

Les organismes pourraient considérer les opportunités offertes par la pyramide des âges des personnels des IRC AGIRC et ARRCO. Environ 20% des personnels affectés à cette fonction au sein des groupes de protection sociale ont plus de 55 ans, ce qui offre des opportunités de non remplacement de départs à la retraite dans les dix prochaines années, représentant au minimum 340 ETP.

Les perspectives de reconversion dépendront en outre de la capacité des groupes de protection sociale à offrir de nouvelles évolutions de carrières à ces personnels, éventuellement dans les secteurs de la prévoyance et de la couverture santé, eu égard à leur niveau de qualification et aux besoins de formation nécessaires. Cependant, l'AGIRC-ARRCO et la plupart des groupes de protection sociale considèrent que cette possibilité de redéploiement de personnels vers les activités d'assurance au sein des GPS est théorique, la différence intrinsèque de métiers conjuguée aux exigences de maîtrise de la masse salariale imposées par un environnement de plus en plus concurrentiel limitant selon eux les possibilités de transfert.

Enfin, dans le cas d'un tel transfert de l'activité de recouvrement, il apparaît nécessaire d'étudier le statut juridique d'éventuels transferts de personnels au regard du droit du travail et notamment de l'art. L. 1224-1 du code du travail.

La faisabilité et les conséquences sociales d'un éventuel transfert des fonctions de recouvrement nécessiteraient donc également une instruction et une préparation approfondies, afin de garantir des perspectives d'évolution satisfaisantes pour les personnels concernés.

III.6. Trois scénarios possibles d'évolution, pouvant le cas échéant être étalés dans le temps

Trois possibles scénarios d'évolution du recouvrement sont ici esquissés, qui ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent le cas échéant être envisagés de manière séquentielle (*cf.* le tableau en annexe pour une présentation synthétique). Ces scénarios se situent dans le cadre des répartitions actuelles des compétences entre régimes de base et complémentaires, et n'apportent pas de modification à l'autonomie de pilotage des régimes complémentaires, à l'image du transfert de recouvrement réalisé pour les cotisations d'assurance chômage.

Les réponses aux questionnaires recueillies par le secrétariat général et les rapporteurs du Haut Conseil ont visé dans un premier temps à cerner les contours et les premières implications éventuelles de ces hypothèses. Un travail d'étude et un processus de concertation plus approfondis seraient à envisager dans une deuxième étape, en termes d'opportunité comme de faisabilité technique.

III.6.1. Un scénario réaliste dès le court terme : la mise en oeuvre du contrôle d'assiette des cotisations par l'ACOSS, une coopération accrue avec l'AGIRC-ARRCO vis-à-vis des entreprises en difficulté

Dès avant le terme de la COG signée entre l'Etat et l'ACOSS, le contrôle par les URSSAF des assiettes de cotisations pour le compte des régimes complémentaires pourrait être mis en œuvre dans le champ du travail dissimulé et/ou du contrôle comptable d'assiette. Cette solution présente, en sus d'un intérêt financier potentiel immédiat pour les régimes, un avantage à plus long terme pour la garantie des droits des assurés en réduisant le montant des cotisations éludées et en permettant le rétablissement de droits acquis. Elle devrait être approfondie quant à ses conséquences en termes de coûts et de gains potentiels et sur ses aspects juridiques.

Dès le court terme également, une action coordonnée au plus près des besoins immédiats des entreprises fragilisées dans leur activité économique pourrait être mise en œuvre de manière rapide, de sorte à aboutir à des décisions cohérentes et coordonnées de délais de paiement et de remises de majoration entre les deux types d'organismes, permettant aux entreprises de poursuivre leur activité.

Enfin, dans le cadre de ce scénario, il importe que l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO tirent pleinement parti des possibilités ouvertes par la DSN en termes de connaissance des profils des assurés, en particulier, pour l'ACOSS, en mettant en œuvre les rétablissements individuels de droits à l'issue des contrôles d'assiette des cotisations de retraite – de base et complémentaire.

Cet approfondissement des potentialités de la DSN permettrait de faciliter une convergence des pratiques en vue de rapprochements ultérieurs.

Le tableau 4.1 suivant résume les caractéristiques de ce premier scénario.

Tableau 4.1
Caractéristiques du scénario « contrôle de l'assiette par les URSSAF »

Champ du recouvrement	Scénario 1
Gestion des affiliations	AGIRC ARRCO
Traitement des déclarations mensuelles et des encaissements	AGIRC ARRCO
Calcul des cotisations individuelles	AGIRC ARRCO
Rapprochement systématique des déclarations et régularisation	AGIRC ARRCO
Fiabilisation des assiettes	AGIRC ARRCO
Contrôle des assiettes	URSSAF
Interlocution avec les entreprises	AGIRC ARRCO
Gestion des procédures pré-contentieuses et contentieuses	AGIRC ARRCO
Inscription des droits des assurés	AGIRC ARRCO
Etude, statistiques et pilotage des régimes complémentaires / Versement des prestations	AGIRC ARRCO

III.6.2. Un scénario d'évolution de moyen terme dont les avantages peuvent être discutés : le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire par l'ACOSS, l'AGIRC-ARRCO conservant la gestion des données individuelles et des droits

Dans ce scénario, la gestion des déclarations et du recouvrement incomberait à l'ACOSS, sur des bases collectives à l'échelle de l'établissement, tandis que les IRC garderaient la responsabilité d'exploiter les données individuelles (transmises mensuellement dans le cadre de la DSN), et d'effectuer le calcul individuel des cotisations ainsi que les rapprochements nécessaires en vue des régularisations.

Ce scénario, plus proche de la solution adoptée dans le cadre du transfert du recouvrement opéré pour le compte de l'UNEDIC, aurait donc l'avantage de pouvoir être mis en œuvre dans le cadre du modèle actuel de recouvrement des URSSAF.

Du point de la vue de la gestion, il pourrait présenter des avantages en termes de performance de recouvrement dont pourrait bénéficier la trésorerie des régimes AGIRC et ARRCO grâce à des délais de remontée de trésorerie très faibles, tout en confortant pour les entreprises certaines simplifications déjà engagées à travers la DSN (déclaration unique, dématérialisée), ou nouvelles (lieu de paiement unique).

Cependant, ce scénario n'en constituerait pas moins un transfert nécessairement partiel des fonctions de recouvrement, posant des problèmes de complexité et de responsabilités réciproques. Il augmenterait sensiblement les risques liés à une coordination nécessairement complexe entre ces deux interlocuteurs, URSSAF et IRC AGIRC-ARRCO, dont la prévention pourrait nécessiter des coûts importants d'investissement dans l'adaptation des systèmes d'information. Les modalités de transmission d'informations (montants déclarés, dus et payés, etc.) entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO seraient pour le moins complexes²⁵⁶. La gestion des adhésions demeurerait également à la charge de l'AGIRC-ARRCO. Le maintien de nombreuses procédures au sein des IRC réduirait ainsi les économies de gestion pouvant être attendues d'un éventuel transfert en matière de frais de personnel et de systèmes d'information.

Du point de vue des entreprises, cette solution pourrait minorer les simplifications attendues d'une évolution du recouvrement : elles continueraient en effet à avoir deux interlocuteurs. L'AGIRC-ARRCO estime en outre qu'un tel transfert complexifierait la déclaration de l'entreprise. En particulier, les employeurs auraient de nouveau à déclarer les taux de cotisations AGIRC et ARRCO s'appliquant à elles et à leurs différentes catégories de salariés, obligation qui doit disparaître avec le déploiement de la DSN.

Le tableau 4.2 suivant résume les caractéristiques de ce second scénario.

²⁵⁶ Les cotisations individuelles comme les droits individuels seraient calculés par les IRC, en vue de les rapprocher des flux déclarés par l'entreprise (pour la liquidation), mais aussi afin de les transmettre à l'ACOSS pour le recouvrement des cotisations régularisées, ainsi que dans le cas des corrections de carrières. Les IRC, après réalisation du calcul des cotisations dues sur la base des données transmises dans la DSN, devraient en effet revenir vers les entreprises pour corriger leurs déclarations de salaires, mais aussi vers l'ACOSS pour effectuer les corrections de cotisations. Les modalités et la fréquence de ces « flux retours » nécessiterait un travail préalable nécessaire et complexe.

Tableau 4.2
Caractéristiques du scénario « recouvrement par les URSSAF
et gestion des comptes individuels par l'AGIRC-ARRCO »

Champ du recouvrement	Scénario 2
Gestion des affiliations	AGIRC ARRCO
Traitement des déclarations mensuelles et des encaissements	URSSAF
Calcul des cotisations individuelles	AGIRC ARRCO
Rapprochement systématique des déclarations et régularisation	AGIRC ARRCO
Fiabilisation des assiettes	AGIRC ARRCO
Contrôle des assiettes	URSSAF
Interlocution avec les entreprises	URSSAF et AGIRC ARRCO
Gestion des procédures pré-contentieuses et contentieuses	URSSAF
Inscription des droits des assurés	AGIRC ARRCO
Etude, statistiques et pilotage des régimes complémentaires / Versement des prestations	AGIRC ARRCO

III.6.3. Un scénario possible à plus long terme, à condition que certains prérequis soient atteints : le recouvrement personnalisé des cotisations de retraite complémentaires par l'ACOSS pour le compte de l'AGIRC-ARRCO

Dans ce dernier scénario, dont la réalisation pourrait être envisagée à partir de l'horizon 2020, les URSSAF pourraient effectuer l'ensemble des activités liées aux fonctions de recouvrement pour le compte de l'AGIRC-ARRCO, y compris la gestion des affiliations et de l'interlocution avec les entreprises, dans une logique de transfert « de bout en bout » de la fonction de recouvrement. Dans ce scénario, les IRC n'auraient plus à effectuer le calcul des cotisations ni le rapprochement et la régularisation entre les données de cotisations agrégées et les données individuelles de salaires.

Dans une première variante, les URSSAF pourraient réaliser ce rapprochement entre les données collectives et les données individuelles issues de la DSN en vue de leur fiabilisation²⁵⁷, sans cependant procéder au calcul des cotisations de retraite complémentaire, dont la responsabilité serait laissée aux entreprises déclarantes. Cette variante représente une évolution vers un modèle proche du fonctionnement intégré que la MSA propose de mettre en œuvre après la mise en œuvre de la DSN (cf. encadré n°10).

Dans une seconde variante, qui pour le moment ne fait pas partie des éventualités envisagées par les services de l'ACOSS, le rôle des URSSAF irait jusqu'à intégrer le calcul des cotisations individuelles de retraite complémentaire et à effectuer les régularisations qui s'ensuivent. Cette dernière variante suppose cependant une évolution, actuellement non envisagée par l'ACOSS, de son modèle de recouvrement actuel sur la base de données collectives.

²⁵⁷ L'ACOSS effectuerait une fiabilisation de ces données grâce à des vérifications régulières à trois niveaux : entre les assiettes agrégées AGIRC-ARRCO et les autres assiettes des mêmes établissements ; entre les déclarations individuelles et les conditions d'adhésion à l'AGIRC-ARRCO ; entre les assiettes agrégées déclarées pour l'AGIRC-ARRCO et les données individuelles.

Quelle que soit la variante envisagée, les avantages du point de vue des entreprises en seraient potentiellement nombreux, puisque les simplifications pour les entreprises y verraient leur plein impact en termes d'unicité de déclaration mais aussi de paiement, comme de traitement des entreprises en difficulté. Dans ce scénario toutefois, l'unicité d'interlocution (cf. encadré n°15) parfois à l'œuvre avec les activités d'assurances gérées par les GPS, pour les entreprises adhérentes à un GPS unique, disparaîtrait, ce qui pourrait ne pas engendrer de simplification pour les entreprises concernées. Comme dans le scénario précédent, des coûts importants d'adaptation des systèmes d'information seraient aussi à prendre en compte.

Du point de vue des assurés, ce scénario permettrait le maintien d'une chaîne de gestion intégrée des cotisations et des droits qui assurerait la conservation d'un niveau élevé de garantie des droits, tout en simplifiant, du point de vue de la gestion, les processus à mettre en œuvre en évitant des circuits de coordination complexe avec les régimes AGIRC-ARRCO.

**Encadré n°15 : Première approche des implications des différents scénarios
en termes d'interlocution avec les entreprises**

Dans le cas d'un transfert du seul contrôle des cotisations aux URSSAF, le bénéfice de l'unicité d'interlocution pour les entreprises concernées ne serait pas modifié.

Dans le cas d'un transfert plus large de l'ensemble des fonctions de recouvrement aux URSSAF, le bénéfice de l'unicité d'interlocution entre retraite complémentaire et activités assurantielles pourrait disparaître pour environ la moitié des entreprises. Il serait cependant compensé, pour l'ensemble des entreprises cette fois, par le bénéfice d'une nouvelle unicité d'interlocution, auprès des URSSAF, pour les cotisations relatives aux retraites de base et complémentaires.

Il serait enfin envisageable de transférer une première étape du processus de recouvrement aux URSSAF tout en conservant la fonction d'information et d'interlocution avec les entreprises aux IRC AGIRC et ARRCO. Cette solution présente cependant un degré de complexité supérieur et nécessiterait de nombreux échanges d'information, ainsi qu'une définition très claire des périmètres de compétence.

Ce scénario supposerait, afin de garantir la capacité et l'autonomie du pilotage des régimes complémentaires par les partenaires sociaux, de prévoir des modalités de transfert le plus exhaustif possible des informations permettant aux régimes, d'une part d'assurer de manière performante leurs fonctions de liquidation des droits à partir d'une base de carrière alimentée par l'organisme recouvreur, et d'autre part de conserver pleinement leurs capacités de prévisions et d'études.

Cependant et surtout, ce scénario nécessiterait de prévoir un accompagnement social ambitieux dans le cadre d'un programme de reconversion des personnels au sein des groupes de protection sociale ou le cas échéant des URSSAF, dont les modalités et les coûts éventuels devraient être étudiés de façon approfondie, sur la base d'un travail commun entre les organismes, et dans le cadre d'une concertation avec les organisations représentatives des personnels concernés.

Le tableau 4.3 suivant résume les caractéristiques de ce troisième scénario.

Tableau 4.3
Caractéristiques du scénario « recouvrement individualisé par les URSSAF »

Champ du recouvrement	Scénario 3 Variante 1	Scénario 3 Variante 2
Gestion des affiliations	URSSAF	URSSAF
Traitement des déclarations mensuelles et des encaissements	URSSAF	URSSAF
Calcul des cotisations individuelles	Entreprises déclarantes	URSSAF
Rapprochement systématique des déclarations et régularisation		URSSAF
Fiabilisation des assiettes	URSSAF	URSSAF
Contrôle des assiettes	URSSAF	URSSAF
Interlocution avec les entreprises	URSSAF	URSSAF
Gestion des procédures pré-contentieuses et contentieuses	URSSAF	URSSAF
Inscription des droits des assurés	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO
Etude, statistiques et pilotage des régimes complémentaires / Versement des prestations	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO

**Encadré n°16 : Première approche des implications des différents scénarios
en termes d'effectifs et de masse salariale**

Dans le cas de la mise en place d'un contrôle par les URSSAF pour le compte de l'AGIRC-ARRCO, un travail d'évaluation devrait être réalisé par l'ACOSS pour déterminer les moyens humains supplémentaires éventuellement nécessaires ainsi que les éventuels impacts de l'activité future sur le taux de couverture du fichier et la qualité du contrôle.

S'agissant de la proportion d'ETP pouvant faire l'objet de gains de productivité, qui dépend du périmètre des activités qui feraient l'objet d'un transfert, l'ACOSS estime que le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire pourrait s'effectuer avec des ETP supplémentaires variables selon les scénarios envisagés, tandis que l'AGIRC-ARRCO estime que les ETP actuellement affectés à la fonction de recouvrement ne pourraient guère être réduits si les tâches de rapprochement entre les cotisations versées par les entreprises et l'alimentation des droits des assurés étaient conservées par les IRC.

Dans le cas d'un transfert plus ou moins large de l'activité de recouvrement aux URSSAF, le nombre d'ETP devant être maintenus au sein des IRC dépendrait donc du périmètre retenu. De ce point de vue, l'AGIRC-ARRCO souligne qu'un transfert partiel de l'activité de recouvrement se solderait par des coûts supplémentaires pour les deux régimes : le maintien de plus de 75% des personnels affectés au recouvrement dans la masse salariale des IRC conjugué à la facturation de l'activité au coût moyen par les URSSAF aboutirait, d'après des estimations de l'AGIRC-ARRCO, à relever le coût global imputé à la fonction de recouvrement à 0,64% des cotisations encaissées.

Les besoins de transferts ou de reconversions de personnel entraînés par un tel transfert représenteraient, selon les scénarios retenus, entre 1 700 (dans le cas d'un transfert des fonctions de recouvrement hors affiliation et interlocution, c'est-à-dire le scénario 2 hors maintien de certaines charges au sein des IRC) et 2 400 ETP (dans le cas d'un transfert y compris affiliation et interlocution, c'est-à-dire le scénario 3). Ces transferts potentiels de personnels représentent un coût salarial compris dans une fourchette de 200 à 250 M€ (dans le premier cas) et de 400 à 450 M€ (deuxième cas), qui serait à répartir entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO, en fonction des scénarios retenus et, le cas échéant, du maintien de certaines opérations et charges au sein des IRC.

En tout état de cause, ce transfert représenterait un coût nul sur le périmètre de l'ensemble des administrations publiques.

Annexe : Tableau récapitulatif des différents scénarios proposés après mise en œuvre de la DSN

Champ du recouvrement	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 Variante 1	Scénario 3 Variante 2
Gestion des adhésions	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	URSSAF	URSSAF
Traitement des déclarations mensuelles et des encaissements	AGIRC ARRCO	URSSAF	URSSAF	URSSAF
Calcul des cotisations individuelles	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	Entreprises déclarantes**	URSSAF
Rapprochement systématique des déclarations et régularisation	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO		URSSAF
Contrôle et fiabilisation des assiettes	URSSAF*	URSSAF	URSSAF	URSSAF*
Interlocution avec les entreprises	AGIRC ARRCO	URSSAF et AGIRC ARRCO	URSSAF	URSSAF
Gestion des procédures pré-contentieuses et contentieuses	AGIRC ARRCO	URSSAF	URSSAF	URSSAF
Inscription des droits des assurés	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO
Etude, statistiques et pilotage des régimes complémentaires / Information des assurés, liquidation et versement des prestations	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO	AGIRC ARRCO

* pour le seul contrôle comptable des assiettes

** via leurs logiciels de paye

**Contributions des membres du Haut Conseil
du financement de la protection sociale**

Contribution de la Confédération française du travail (CFDT)

Ce chapitre expose de manière détaillée la problématique et les questions soulevées concernant les évolutions éventuelles du recouvrement des cotisations ARRCO-AGIRC par l'ACOSS. La CFDT se félicite en particulier que soient exposés clairement les arguments des parties concernées et apprécie la prudence des scénarios proposés compte tenu de la complexité de leur mise en œuvre et de leurs conséquences sur les assurés et les personnels gestionnaires.

La CFDT propose depuis de nombreuses années de s'orienter vers un système de collecte unique des cotisations dans le but premier de rendre plus efficaces les contrôles et de limiter les fraudes, à la fois préjudiciables aux assurés et aux organismes de retraite complémentaire. La réalisation de cet objectif ne saurait pour autant être obtenue au détriment de la préservation voire de l'amélioration de la garantie des droits des assurés.

Consciente des difficultés, elle souhaite qu'on prenne le temps de les surmonter. A cet égard, la CFDT partage les prérequis soulignés dans le texte concernant le pilotage du projet, la réciprocité de l'information, la fiabilisation des fichiers ou encore les modalités de facturation. En tout état de cause, un travail préalable visant à la convergence des systèmes informatiques doit être conduit en s'appuyant sur les possibilités offertes par la DSN. La transparence et la garantie des droits des assurés tout au long du processus doivent être la règle.

Pour l'heure, et en attendant qu'on ait pu évaluer tout le potentiel de la DSN, elle se prononce en faveur du premier scénario, le recouvrement par l'ACOSS, l'AGIRC-ARRCO conservant la gestion des données individuelles et des droits, ce qui ne peut se concevoir qu'à moyens constants pour l'ARRCO et l'AGIRC et avec des moyens accrus à l'ACOSS, rentabilisés par l'amélioration du recouvrement et du contrôle.

Contribution de la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)

Dès la connaissance de la lettre de mission du Premier Ministre, notre organisation a manifesté son opposition à cette approche en adressant une lettre à M.VALLS.

Dans sa réponse, le Premier Ministre évoque à titre d'exemple réussi le recouvrement des cotisations UNEDIC par l'ACOSS.

Lors des réunions du Haut Conseil, nous avons eu cette présentation. S'il n'est pas question ici de critiquer la qualité du travail de l'ACOSS, Force Ouvrière ne peut pas laisser penser que cet exemple suffise pour être transposé aux cotisations des régimes de retraites complémentaires.

Tout simplement parce que les méthodes ne sont pas les mêmes, la première procède d'un recouvrement collectif au niveau de l'établissement, les seconds d'un recouvrement individualisé, qui permet un rapprochement entre cotisations par salarié et attribution de points en conséquence. FO n'entend pas développer au-delà les aspects techniques, au risque de suivre la pente « technocratique » du Haut Conseil, comme il l'a lui-même souligné lors d'une réunion.

Pour FO, le recouvrement AGIRC ARRCO par l'ACOSS préfigure la remise en cause de la loi de 1972 sur la généralisation de la retraite complémentaire, et in fine la création de « pôle retraite ». Ce qui aurait également pour effet de supprimer le paritarisme inhérent aux retraites complémentaires, paritarisme qui constitue un des socles de la démocratie sociale.

Au passage le Premier Ministre, dans sa lettre de réponse, prend soin de ne pas vanter le rapprochement avec le RSI, qualifié par la Cour des Comptes de « catastrophe industrielle ». Il rappelle le transfert du recouvrement aux URSSAF des cotisations chômage. Ce faisant, et c'est le point bloquant, cette opération a pu se faire parce que les logiques des deux systèmes d'information étaient les mêmes, un recouvrement « collectif » au niveau de l'établissement et non un recouvrement « individuel » par salarié.

A ce sujet, le rapport souligne que les services de l'ACOSS n'entendent pas changer le système d'information. Si tel devait être le cas dans le futur, le coût de création d'un système aurait une influence particulière sur le coût global du recouvrement ACOSS, affaiblissant à proportion l'argument pécuniaire "en faveur" de la solution préconisée.

Pour conclure sur cette partie du rapport, FO réitère ses critiques à la fois sur la création du HCFIPS et sur la lettre de mission du Premier Ministre.

Le Haut Conseil, créé par l'ancienne majorité et mise en place par la nouvelle, reçoit des lettres de mission dans lesquelles les questions posées contiennent les réponses attendues. Nous en voulons pour preuve l'avant dernier paragraphe de la lettre du 21 octobre 2014, qui « met à disposition » les travaux du CIMAP.

Ce dernier chiffrait, en décembre 2013, la différence du coût du recouvrement des régimes obligatoires de retraite entre la France et l'Allemagne ou l'Italie, à 1,7 milliards €, soit pratiquement la totalité des frais de gestion des régimes AGIRC et ARRCO, ou encore quelque 15000 emplois.

Contribution de la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Ce chapitre examine de manière précise, en réponse à la lettre de saisine du Premier Ministre, les perspectives d'évolution du recouvrement des cotisations de retraite des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.

En ce qui concerne la forme, la CFE-CGC n'approuve pas la démarche adoptée. Le rapport est présenté comme exclusivement technique mais la façon dont les éléments sont mis en perspective nous entraîne vers un changement conceptuel de la retraite complémentaire : les scénarios d'évolution envisagés relèvent les difficultés techniques qu'il faudrait lever pour pouvoir atteindre l'objectif considéré comme acté de recouvrement des cotisations par les Urssaf.

Sur le fond, la CFE-CGC tient à évoquer, en s'appuyant sur les analyses des services AGIRC-ARRCO, les motifs qui justifient les modalités actuelles de recouvrement des cotisations, modalités qu'il apparaît nécessaire de conserver en l'état. Rappelons que contrairement aux organismes gérant la sécurité sociale qui détiennent une « mission de service public », les partenaires sociaux se sont vus conférés une « mission d'intérêt général » par les pouvoirs publics qui leur ont reconnu le rôle d'initiateurs mais également de gestionnaires de la retraite complémentaire.

Les régimes de retraite complémentaire reflètent donc une construction conventionnelle et contractuelle : tout le tissu conventionnel repose sur le lien entre cotisation et droit des salariés.

Il en résulte :

- qu'une part significative des entreprises et des salariés ne cotisent pas aux taux standards ; une généralisation des taux de cotisations minimum occasionnerait une perte de droits de l'ordre de 23% pour 17% des salariés ce qui n'est évidemment pas envisageable. Aussi, faudrait-il continuer à gérer ces conditions contractuelles et conventionnelles spécifiques ;
- que l'assiette de cotisation peut être par exception différente de celle prévue par le régime ARRCO.

Les régimes AGIRC et ARRCO sont des régimes contributifs et individualisés, matérialisés sous la forme d'un compte de points.

Ce système fonctionne par la stricte adéquation entre les salaires individuels déclarés, les cotisations individualisées qui en résultent et les droits servis. La conception du recouvrement est donc différente de celle de l'ACOSS qui recouvre en masse. Les partisans d'un transfert du recouvrement par l'ACOSS des cotisations de retraites complémentaires s'appuient pour le justifier sur l'expérience de l'UNEDIC. Or, le recouvrement des cotisations individuelles de l'UNEDIC (environ 4%) n'a pas été transféré à l'ACOSS ; seul le recouvrement des cotisations agrégées qui représente l'essentiel des cotisations l'a été. Les cotisations individualisées constituent quant à elles 100% du recouvrement de l'AGIRC et de l'ARRCO, ce qui ne permet pas de considérer l'expérience de l'UNEDIC comme comparable.

A un horizon relativement lointain, l'ACOSS va certes faire évoluer sa gestion de la DSN pour exploiter les données individuelles de la DSN, mais au prix d'une surcharge de l'ordre de 20% à 30%.

Les économies de gestion et les bénéfices de simplification pour les entreprises sont loin d'être évidents ; en effet :

- le coût de gestion du recouvrement est comparable à celui des autres opérateurs ;
- l'AGIRC et l'ARRCO sont engagés dans la mise en œuvre d'importantes mesures de simplification pour les entreprises (désignation d'une seule IRC compétente à la création d'entreprise, regroupement du stock d'adhésions, dématérialisation...).
- la concentration déjà forte des Groupes de protection sociale va se poursuivre au cours des prochaines années ;
- le déploiement de la DSN relativise les bénéfices de simplification pour les entreprises d'un éventuel transfert.
- enfin ce transfert d'activité pose le problème du devenir des personnels de la fonction recouvrement des régimes Agirc-Arrco. La fonction de gestion du recouvrement est assurée par 2400 ETP, soit 17% des salariés occupés par la retraite complémentaire.

Au regard de ces différents arguments la CFE-CGC considère qu'il est essentiel aujourd'hui de laisser la DSN se déployer et de ne pas confier le recouvrement des cotisations des retraites complémentaires à l'ACOSS.

Contribution du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Le chapitre 5 du rapport du HCFiPS de juillet 2015 traite du recouvrement des prélèvements sociaux sur le revenu d'activité. Le MEDEF concentrera ses commentaires sur l'hypothèse du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires par les URSSAF.

Le rapport du Haut Conseil envisage trois voies d'évolution possible :

- 1) Le contrôle de l'assiette des cotisations par l'ACOSS ne pose pas de problème en soi, sous réserve de l'examen des modalités pratiques de mise en œuvre du projet.
- 2) Le recouvrement des cotisations de retraites complémentaires par l'ACOSS, l'Agirc- Arrco ne conservant que la gestion des données individuelles et des droits. De l'aveu même du rapport, il y aurait là plus de complexité et de problèmes de responsabilités réciproques que d'avantages. On oubliera donc ce scénario.
- 3) Le recouvrement personnalisé des retraites complémentaires par l'ACOSS pour le compte de l'Agirc.

Le recouvrement des cotisations de retraites complémentaires par les URSSAF ne présente pas d'intérêt. Ce serait une mesure inutile, coûteuse et génératrice de difficultés en ressources humaines.

- Inutile parce que la vraie simplification pour les entreprises tient d'une part à la simplification du fond du droit par les partenaires sociaux (avec par exemple le traitement des sommes isolées) et de l'organisation par l'Agirc-Arrco (avec par exemple le principe d'un seul GPS par entreprise), et d'autre part à la mise en œuvre de la DSN.
- Coûteuse, parce qu'elle rendrait inutiles les investissements faits par l'Agirc-Arrco et les GPS pour un système d'information adapté au métier de la retraite complémentaire et nécessiterait des investissements considérables de l'ACOSS.
- Génératrice de difficultés en ressources humaines, parce que les groupes de protection sociale, engagés dans d'importants regroupements, se sont inscrits dans des perspective de gestion des compétences et des âges qu'il serait dommageable de perturber dans la période. Tant que les partenaires sociaux gèreront sur un mode paritaire les régimes complémentaires, le MEDEF sera opposé au transfert aux URSSAF de la responsabilité essentielle à ses yeux de recouvrement des cotisations, d'interface avec les entreprises et de détermination des règles du recouvrement.

Contribution du Régime social indépendant (RSI)

Le RSI ne se prononce pas sur l'opportunité de confier partiellement ou totalement le recouvrement des cotisations Agirc-Arrco aux URSSAF mais souhaite cependant attirer l'attention sur la nécessité de préserver les moyens de la branche recouvrement pour qu'elle puisse assumer dans les meilleures conditions sa fonction de recouvrement de l'ISU.

Chapitre VI

Les prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale et le champ des lois de financement de la sécurité sociale

La lettre que le Premier Ministre a adressée le 21 octobre 2014 au Haut Conseil du financement de la protection sociale mentionne, au titre des réflexions qu'il est demandé au Haut Conseil de conduire, « l'architecture et la gouvernance financière d'ensemble de la protection sociale des différents risques de la protection sociale, dans la perspective d'une régulation plus harmonisée et globalisée, tant dans le champ propre à la sécurité sociale que, en tenant compte des responsabilités des différents acteurs, dans celui de la protection sociale dans son ensemble ».

Plus précisément, la saisine du Premier Ministre évoque :

- « le contenu et les contours des lois de financement de la sécurité sociale » ;
- « les modalités d'élaboration, de discussion et d'articulation des projections financières des différents régimes relevant des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale ».

Ces deux questions ont été débattues par le Haut Conseil une première fois, successivement, les 18 mars et 6 mai 2015. Lors la deuxième de ces réunions, le Haut Conseil a pu bénéficier d'une présentation de l'état des lieux et des perspectives d'évolution du contenu des lois de financement de la protection sociale par M. Thomas Fatome, Directeur de la sécurité sociale. Il a procédé à un examen de l'ensemble du présent chapitre le 17 juin 2015.

La périodicité, l'horizon et la nature des projections réalisées par les différents régimes découlent directement de leurs processus de pilotage financier. Dans le domaine de la sécurité sociale, les informations financières prévisionnelles mises à la disposition des acteurs sociaux et du Parlement sont déterminées par les dispositions régissant les lois de financement de la sécurité sociale. S'agissant des régimes dont la gestion incombe aux partenaires sociaux, la négociation des accords collectifs et les réunions périodiques des instances de gestion de ces régimes donnent lieu à intervalle régulier à la réalisation de projections financières détaillées. Par ailleurs, un cadre spécifique régit les projections à long terme, notamment en ce qui concerne le système de retraite pour lequel le Conseil d'orientation des retraites dispose de prérogatives spécifiques. D'une façon générale, ces différents exercices doivent être examinés dans le contexte plus large des règles de présentation des perspectives des finances publiques qui découlent des traités européens, et des modalités de leur transcription dans le droit interne français avec le processus de programmation pluriannuelle des finances publiques. C'est en particulier dans ce cadre que peut être soulevée la question de l'évolution du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

A cet égard, le présent chapitre débute par un exposé des règles et des pratiques en vigueur en matière de prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale (I), et dresse un état des lieux des prévisions économiques et financières aujourd'hui mises à la disposition des acteurs sociaux et des citoyens (II).

La diversité et la variabilité importantes de ces données conduisent à soulever différents problèmes (III) et à esquisser de premières voies d'évolution en vue d'une meilleure cohérence et d'une plus grande transparence de l'information sur les perspectives des finances sociales (IV).

I. Les règles et les pratiques en matière de prévisions économiques et financières

Comme indiqué précédemment, les prévisions financières réalisées dans le domaine de la protection sociale par les pouvoirs publics en ce qui concerne la sécurité sociale et par les partenaires sociaux en ce qui concerne l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaires s'articulent avec le processus d'élaboration et de pilotage des finances publiques dans leur ensemble, lequel découle pour une large part des dispositions des traités, directives et règlements européens relatifs à la surveillance mutuelle des finances publiques au sein de l'Union européenne, et plus particulièrement entre États-membres de la zone euro. Cette articulation est explicite dans le domaine de la sécurité sociale, où les règles organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale ont été complétées en 2012 en sorte que les processus budgétaires internes prennent en compte les normes européennes. Elle est plus indirecte en matière d'assurance chômage et de retraite complémentaire, où la question qui se pose est plutôt celle de la correspondance entre les perspectives financières tracées par les décisions des partenaires de la négociation paritaire sur ces régimes avec les engagements à moyen terme pris par les pouvoirs publics pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale.

Sans méconnaître les interrogations quant au bien-fondé de certaines des règles budgétaires introduites en application des textes européens, les réflexions du Haut Conseil du financement de la protection sociale ont à tenir compte du cadre dans lequel ces règles insèrent les exercices de prévision économique et financière réalisés par les différents régimes de protection sociale. Les dispositions européennes en matière d'encadrement des finances publiques ont considérablement évolué depuis le début de la crise des dettes souveraines en 2008. Un ensemble législatif composé de différents niveaux de normes a été adopté à partir de novembre 2011, avec en premier lieu l'adoption d'un « paquet » de cinq règlements et d'une directive visant à renforcer la gouvernance économique au sein de l'Union européenne (dit « six-pack »), puis en mars 2012 la signature du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG) au sein de l'Union économique et monétaire, enfin en mai 2013 un ensemble de deux règlements visant à améliorer la gouvernance économique de la zone euro (dit « two pack »). L'articulation de ces dispositions est précisée dans l'encadré 1.

La première partie du présent chapitre présente les modalités par lesquelles les dispositions européennes ont été prises en compte en droit interne au travers des lois de programmation des finances publiques et des lois financières, notamment de financement de la sécurité sociale (I.1). Elle examine ensuite les méthodes et pratiques en vigueur en matière de prévisions financières relatives à l'assurance chômage (I.2) et de projections à long terme des dépenses et des recettes des régimes de retraite (I.3). Elle met en évidence le rôle joué dans ces processus par des instances indépendantes (Haut Conseil des finances publiques, comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie...) ou de concertation (commission économique de la Nation, commission des comptes de la sécurité sociale, conseil d'orientation des retraites...) (I.4).

Elle fait enfin le point sur les mécanismes existants d'échanges d'information et de coordination entre les diverses composantes des administrations de sécurité sociale (I.5).

Encadré 1

Les dispositions européennes en matière de surveillance mutuelle des finances publiques

Le traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TCSG) confirme l'obligation faite à chaque État membre de définir un objectif de moyen terme (OMT), visant un solde structurel des administrations publiques supérieur à -0,5% du PIB (-1% pour les pays dont le ratio dette publique/PIB est inférieur à 60%), et de mettre en œuvre des mesures qui assurent la convergence rapide vers cet objectif. Une série de directives et de règlements (« six pack » en 2011 et « two pack » en 2013) précisent les processus budgétaires associés, déterminent un cadre et un calendrier budgétaire communs, et instaurent des mécanismes de correction et un régime de sanctions en cas de déviation significative ou lorsqu'un État-membre connaît un déficit public supérieur à 3% du PIB (procédure dite « pour déficit excessif »).

Le pilotage des finances publiques déterminé par ce cadre européen repose donc sur la notion de « solde structurel », c'est-à-dire corrigé de l'incidence de la conjoncture économique. Ainsi, l'appréciation de la situation budgétaire des États-membres doit désormais tenir compte de l'écart estimé entre l'activité économique observée et le produit intérieur brut potentiel résultant de l'utilisation complète des ressources en main-d'œuvre et en capital (*cf. infra*, encadré 5 pour les questions soulevées par l'estimation de ces grandeurs).

En ce qui concerne ensuite les règles et les procédures permettant d'atteindre ces objectifs structurels, le TCSG précise que ces nouvelles règles « prennent effet dans le droit national ... au moyen de dispositions contraignantes et permanentes, de préférence constitutionnelles, ou dont le plein respect et la stricte observance tout au long du processus budgétaire sont assurés de quelque autre façon ». A cet égard, la directive incluse dans le « six pack » impose aux États-membres de mettre en œuvre un « cadre budgétaire à moyen terme crédible et efficace, avec adoption d'une programmation budgétaire à trois ans au moins ». Le « two pack » complète cette disposition en précisant que ce cadre budgétaire explicite la trajectoire permettant d'atteindre l'objectif de moyen terme : celle-ci doit reposer sur des hypothèses économiques « réalistes » qui doivent être produites ou approuvées par un ou des organismes indépendants, lesquels se prononcent en outre sur l'adéquation des perspectives pluriannuelles et des budgets annuels à l'OMT. Dans le cas des États dont le ratio dette publique/PIB excède 60% « ou qui sont exposés à des risques importants liés à la soutenabilité de leur dette », ces perspectives et ces budgets doivent retracer chaque année une amélioration du solde budgétaire structurel d'au moins 0.5% du PIB par rapport à l'année précédente. D'une façon générale, lorsque le ou les organismes indépendants estiment qu'il existe un écart significatif entre les perspectives pluriannuelles ou les budgets annuels et la trajectoire de convergence vers l'OMT, un mécanisme de correction doit obligatoirement être mis en œuvre, sauf en cas de « circonstances exceptionnelles » où les États-membres peuvent être autorisés à dévier temporairement de la trajectoire de convergence de l'OMT.

En termes de prévisions et de projections, l'ensemble de ces règles communes institue un calendrier précis d'échanges d'informations entre les États-membres et la Commission et le Conseil européens dans le domaine des finances publiques. Désormais dénommé « semestre européen », ce calendrier prévoit la présentation et l'évaluation, tous les ans au mois d'avril, des « programmes de stabilité ou de convergence » des États membres, accompagnés des « programmes nationaux de réformes » indiquant les mesures qui seront prises « pour accompagner la stratégie de l'Union pour la croissance et l'emploi ».

Par ailleurs, le « two pack » prévoit que les projets de budgets sont soumis à la Commission qui rend un avis à l'issue d'une « évaluation globale », et peut éventuellement demander leur révision en cas d'inadéquation grave avec les règles communes. Lorsqu'un État-membre est en procédure pour déficit excessif, comme c'est le cas pour la France depuis 2009, la Commission publie des recommandations qui définissent une trajectoire de retour sous la cible des 3%. En cas de non-respect de la recommandation et si la Commission juge que l'État-membre n'a pas produit d'action suivie d'effet, des sanctions financières peuvent être envisagées. Le Conseil de l'Union européenne décide alors, à la majorité qualifiée inversée, de la mise en œuvre de ces sanctions.

Les dispositions européennes rappelées dans l'encadré 1 ci-dessus prévoient donc chaque année trois jeux de projections macroéconomiques à moyen terme : les perspectives associées à la programmation budgétaire pluriannuelle, les programmes de stabilité qui actualisent cette trajectoire au mois d'avril, et les prévisions sur lesquelles sont fondées les lois financières, ces dernières devant être établies au plus tard le 15 octobre de l'année en cours.

I.1. Les implications des lois de programmation des finances publiques et des processus d'élaboration des lois financières annuelles pour les prévisions en matière de finances sociales

I.1.1. Les implications de la loi de programmation des finances publiques

A la suite de l'entrée en vigueur du traité TSCG et parallèlement à l'adoption des directives et règlements « six pack » et « two pack », la France a adapté son droit interne afin de prendre en compte ce nouveau cadre.

Le Conseil constitutionnel a jugé, dans sa décision n° 2012-653 DC du 9 août 2012, que cette adaptation ne nécessitait pas une révision de la Constitution. En effet, la révision constitutionnelle adoptée en juillet 2008 avait déjà introduit à l'article 34 de la Constitution des lois de programmation des finances publiques, qui définissent « des orientations pluriannuelles des finances publiques » et s'inscrivent dans « l'objectif de l'équilibre des comptes des administrations publiques ». Il était donc possible, par la voie organique, de renouveler et de renforcer le rôle de ces lois de programmation afin de tirer les conséquences des nouvelles dispositions européennes.

C'est donc la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques qui procède à l'introduction du nouveau processus de programmation budgétaire :

- elle prévoit tout d'abord que les lois de programmation des finances publiques déterminent l'objectif de moyen terme, ainsi que les trajectoires des soldes structurel et effectif des administrations publiques destinées à converger vers cet objectif, pour une durée d'au moins trois ans ; les soldes effectifs sont décomposés par sous-secteurs des administrations publiques ;
- elle précise que les lois de finances, les lois de finances rectificatives et les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale comportent un article liminaire présentant les réalisations des soldes structurel et effectif des administrations publiques pour l'année écoulée et des prévisions révisées de ces mêmes soldes pour l'exercice sur lequel elles portent ;
- elle détermine un ensemble de dispositions qui doivent obligatoirement figurer dans les lois de programmation des finances publiques, telles que, s'agissant des administrations de sécurité sociale :
 - l'évolution des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
 - l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ;

- elle crée un Haut Conseil des finances publiques, présidé par le Premier Président de la Cour des comptes, qui se voit investi de la mission de rendre un avis sur, d'une part les prévisions macro-économiques sous-tendant les lois financières, et d'autre part sur la compatibilité des lois financières annuelles avec la trajectoire de solde structurel retenue par la loi de programmation (cf. encadré 2).

Encadré 2

Le Haut Conseil des finances publiques

Le Haut Conseil des finances publiques est présidé par le Premier Président de la Cour des comptes, et est composé de quatre magistrats de la Cour des comptes, de quatre personnalités désignées par le Président de l'Assemblée Nationale et par le Président du Sénat, à raison de deux personnalités par assemblée, d'une personnalité désignée par le Président du Conseil économique, social et environnemental, et du Directeur général de l'Insee.

Il remet un avis sur les prévisions macro-économiques sous-tendant les programmes de stabilité, les lois de programmation des finances publiques, les lois de finances et de financement de la sécurité sociale (ordinaires et rectificatives), ainsi que sur la cohérence des articles liminaires figurant dans ces dernières lois, au regard des orientations pluriannuelles de solde structurel présentées dans la dernière loi de programmation des finances publiques.

Le Haut Conseil des finances publiques évalue l'écart entre les résultats de l'exercice écoulé et de la programmation budgétaire à moyen terme du solde structurel des administrations publiques. Cet écart est qualifié d'important lorsqu'il excède 0,5% du produit intérieur brut une année donnée, ou au moins 0,25% du produit intérieur brut au cours de deux années consécutives. Lorsqu'un tel écart est identifié, le Gouvernement doit mettre en œuvre dans les prochaines lois de finances et de financement de la sécurité sociale des mesures correctrices, et présente l'impact de ces mesures dans un rapport annexé sur lequel le Haut Conseil des finances publiques rend un avis.

Enfin, le Haut Conseil des finances publiques est saisi par le Gouvernement lorsque ce dernier envisage d'invoquer les « circonstances exceptionnelles » prévues par le traité TSCG pour justifier les écarts constatés, et rend un avis.

En outre, la loi de programmation des finances publiques « peut comporter des orientations pluriannuelles relatives à l'encadrement des dépenses, des recettes et du solde ou au recours à l'endettement de tout ou partie des administrations publiques », ainsi que « des règles relatives à la gestion des finances publiques ne relevant pas du domaine exclusif des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale ». Cette dernière disposition, facultative, vise notamment les régimes de protection sociale n'entrant pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaire).

Depuis l'entrée en vigueur de ces dispositions organiques, le Parlement a adopté deux lois de programmation des finances publiques : la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, et la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019. Cette dernière loi de programmation des finances publiques précise :

- l'objectif de moyen terme retenu par le Gouvernement en termes de solde structurel et la trajectoire des finances publiques permettant de l'atteindre à l'horizon 2019 (cf. encadré 3) ;

- les perspectives spécifiques des administrations de sécurité sociale, qui devraient dans ce cadre dégager un solde structurel égal à 0,3% du PIB en 2017 ;
- les plafonds en euros courants retenus pour l'objectif de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et pour l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les années 2015, 2016 et 2017.

Encadré 3

L'objectif de moyen terme retenu par la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019

L'objectif de moyen terme retenu par le Gouvernement dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, en termes de solde structurel des administrations publiques, s'élève à -0,4% du produit intérieur brut.

Partant d'un solde structurel des administrations publiques évalué à -2,4% du PIB en 2014, la trajectoire de convergence vers l'objectif de moyen terme fixée par la loi de programmation prévoit une réduction progressive de ces besoins de financement : -2,1% du PIB en 2015, -1,3% du PIB en 2017, puis -0,2% du PIB en 2019, année où l'objectif de moyen terme serait atteint. Le solde effectif des administrations publiques s'élèverait alors à -0,7% du PIB, laissant ainsi persister une composante conjoncturelle de l'ordre de -0,5% du PIB.

En outre, le rapport annexé à l'article 1^{er} de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, qui présente la stratégie du Gouvernement en matière de finances publiques pour cette période, précise les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles repose la programmation pluriannuelle, et comporte plusieurs données prévisionnelles relatives aux administrations de sécurité sociale pour la période 2014-2017, en sus des dispositions précédentes, mais dépourvues de valeur normative :

- l'évolution en points de PIB des soldes structurel et effectif des administrations de sécurité sociale ;
- l'évolution en points de PIB des dépenses, des recettes et du solde des administrations de sécurité sociale, ainsi que du solde en euros courants ;
- les prévisions de dépenses en euros courants des branches vieillesse et famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- les prévisions de dépenses, de recettes et de soldes, en euros courants et en comptabilité nationale, des régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaire.

La loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 met enfin en place de nouvelles procédures de pilotage annuel des finances publiques. Il est ainsi prévu que :

- le Gouvernement précise dans les lois de finances et de financement de la sécurité sociale les programmes de dépenses et de « niches » fiscales et sociales qu'il prévoit de passer en revue et l'impact financier en dépenses ou en recettes qu'il en attend ; ces « niches » fiscales et sociales sont adoptées pour une durée limitée, et le Gouvernement doit présenter avant leur échéance un rapport justifiant ou non leur prolongation ;

- les prochains projets de loi de finances comprennent une annexe présentant une décomposition des prévisions pour l'année à venir des soldes structurel, conjoncturel et effectif des différents sous-secteurs des administrations publiques accompagnées des prévisions de dépenses et de recettes qui les sous-tendent, ainsi que des perspectives de dépenses, de recettes et de solde des organismes relevant des administrations de sécurité sociale autres que les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- en ce qui concerne plus particulièrement le régime d'assurance chômage aux termes de l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques, ce régime transmette désormais au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin de chaque année des perspectives triennales de ses dépenses et recettes et de son solde, faisant apparaître la contribution de la conjoncture à ces perspectives ; sur la base de ces perspectives et des autres informations disponibles, le Gouvernement transmet au Parlement et au régime d'assurance chômage un rapport sur la situation financière de ce dernier, mettant en évidence l'impact des « mesures mises en œuvre et de celles susceptibles de contribuer à l'atteinte de l'équilibre financier à moyen terme » ; une première mise en œuvre de cette disposition est intervenue le 18 juin 2015, avec la publication par l'UNEDIC de perspectives financières de l'assurance chômage pour la période 2015-2018 ;
- enfin, une « conférence des finances publiques » soit instituée, associant les représentants des différents sous-secteurs des administrations publiques, qui se réunit en cas « d'écart important » entre l'évolution observée des comptes des administrations publiques et la trajectoire de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, et au moins une fois par an, afin « d'élaborer un diagnostic sur la situation des finances publiques, d'apprécier les conditions requises pour assurer le respect de la trajectoire des finances publiques ... et d'évaluer la contribution des différentes administrations publiques requise pour assurer le respect de cette trajectoire... ».

1.1.2. Les dispositions concernant les prévisions relatives aux finances sociales dans les lois financières annuelles

Parallèlement au processus des lois de programmation des finances publiques, les dispositions organiques antérieures relatives aux lois de financement de la sécurité sociale restent en vigueur, en particulier la présentation de prévisions de recettes, d'objectifs de dépenses détaillés, et des soldes qui en découlent par branche, en euros courants, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des fonds de financement, pour les années en cours et à venir dans les articles de la loi, et à l'horizon de quatre ans dans l'annexe « B ». Ces perspectives sont fondées sur les hypothèses économiques présentées dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, et « prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées ». Un ajout à ces dispositions a été effectué lors de l'adoption de la loi organique n° 2012-1043 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, qui prévoit que cette annexe comporte en outre une « évaluation prévisionnelle de l'effort structurel ... des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ».

Au total, les dispositions relatives à la programmation des finances publiques à l'œuvre ou susceptibles de l'être prochainement, s'ajoutant aux dispositions ou aux pratiques antérieures, fournissent une diversité de projections financières à court et moyen terme :

- en ce qui concerne les administrations de sécurité sociale dans leur ensemble, selon les méthodes de la comptabilité nationale, dans le programme de stabilité et dans la loi de programmation des finances publiques, et pour l'année à venir dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, à chaque fois en valeur effective et corrigée de l'incidence de la conjoncture ;
- en ce qui concerne l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, en comptabilité spécifique, des prévisions pluriannuelles des dépenses, des recettes et du solde effectif dans les lois de programmation des finances publiques ainsi qu'en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale (annexe « B ») ; la commission des comptes de la sécurité sociale publie en outre deux prévisions par an, en juin pour l'année en cours et portant sur le seul régime général et les fonds de financement, en septembre pour les années en cours et à venir et portant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds de financement ;
- en ce qui concerne les régimes autres que les précédents relevant des administrations de sécurité sociale, des perspectives financières en annexe des projets de loi de finances (et non, il faut le noter, en loi de financement de la sécurité sociale) ;

En complément de ces processus concernant directement les régimes de protection sociale, notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, il convient de rappeler que les lois de finances comprennent des dispositions qui influent également sur le financement de la protection sociale au sens le plus large :

- directement, au travers des crédits des missions du budget de l'État qui comportent le financement de prestations sociales : « Égalité des territoires et aides au logement » (aides au logement), « Santé » (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, aide médicale d'état), « Solidarité, insertion et égalité des chances » (allocation aux adultes handicapés), « Travail et emploi » (allocation de solidarité spécifique) ;
- indirectement, *via* les dotations financières aux collectivités locales, notamment aux départements pour lesquels les prestations de protection sociale représentent plus de 60% des dépenses de fonctionnement (*cf.* Encadré 4).

Encadré 4

Les dépenses sociales des collectivités locales

Selon les comptes de la protection sociale publiés annuellement par la Drees, les collectivités territoriales ont dans leur ensemble assumé en 2013 un montant de dépenses de 30,0 Md€ au titre des prestations sociales, soit une part modeste (4,5%) de l'ensemble des prestations de protection sociale. L'ensemble des dépenses de fonctionnement des collectivités territoriales consacrées à l'action sociale et médico-sociale s'est élevé à 41,7 Md€ en 2012 (source : DGCL). Bien que les trois niveaux de collectivités aient à cette date la possibilité, au titre d'une clause de compétence générale, d'intervenir dans le domaine social, on observe que les régions ne prennent qu'une part minime à ce montant (0,2 Md€). Les communes et leurs regroupements assument des dépenses certes plus significatives (5,5 Md€), mais relevant pour la plus grande part d'interventions facultatives, dans les domaines de l'aide aux personnes âgées, du soutien aux ménages en grande difficulté ou de l'offre de structures d'accueil des jeunes enfants.

Ce sont les départements qui contribuent le plus fortement à l'intervention des collectivités territoriales en matière sanitaire et sociale. En 2012, leurs dépenses sociales se sont élevées à 36,0 Md€, et représentaient près de 64% de leurs dépenses de fonctionnement (source : DGCL). Selon l'enquête annuelle réalisée par la DREES, la première catégorie de dépenses sociales des départements portait sur le revenu de solidarité active et l'insertion (30% environ de l'ensemble de la dépense sociale). Les dépenses en faveur de l'enfance, des personnes âgées et des personnes handicapées représentent respectivement 22%, 21% et 19% de l'ensemble de la dépense sociale, le solde correspondant aux autres dépenses, notamment les frais de personnel, qui ne peuvent pas être réparties entre les différents dispositifs sociaux.

Il est à noter qu'une part importante de ces dépenses relève des « allocations individuelles de solidarité » (revenu de solidarité active (RSA) « socle », allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH)) dont les règles d'attribution et les barèmes sont définies par l'État au plan national. L'aide sociale à l'enfance et aux personnes âgées et handicapées constitue de son côté une dépense obligatoire des départements depuis les lois de décentralisation de 1982.

Les allocations individuelles de solidarité ont connu une croissance rapide depuis une dizaine d'années, en raison de l'augmentation de la part des personnes âgées dans l'ensemble de la population et de l'impact de la crise économique sur le marché du travail, qui a conduit à une augmentation soutenue du nombre des bénéficiaires du RSA « socle ». Une divergence s'est ainsi instaurée entre l'évolution de ces dépenses et celle des concours financiers que l'État (et la CNSA dans le cas des aides à l'autonomie) apportent aux départements. La part des dépenses sociales des départements financée par leurs ressources propres a donc progressé, parfois dans des proportions importantes dans le cas de certains départements à potentiel fiscal modeste, dont la situation financière s'est trouvée fortement déséquilibrée. Face à cette évolution l'État et l'Assemblée des départements de France ont conclu en 2013 un « pacte de confiance et de responsabilité » dont l'objectif est de réduire le montant moyen de ces « restes à charge » et leur dispersion entre départements (cf. Encadré 8).

1.2. Les prévisions financières en matière d'assurance chômage

Au sein des administrations de sécurité sociale, mais en dehors de la sécurité sociale proprement dite, il y a lieu de prendre également en compte les prévisions financières réalisées par le régime d'assurance chômage, portant sur les dépenses d'indemnisation des demandeurs d'emploi et les autres charges du régime, les recettes propres de ce régime et le solde financier ainsi dégagé.

A cet égard, l'UNEDIC publiait jusqu'à cette année trois fois l'an, en janvier, mai et septembre²⁵⁸, des prévisions financières. La prévision de janvier porte seulement sur l'année en cours, et celles de mai et septembre portent sur l'année en cours et l'année suivante, bien qu'en janvier et mai les données relatives à l'exercice écoulé restent estimatives.

Toutefois, il peut arriver que la prévision s'étende jusqu'à un horizon de deux ans, en fonction de la disponibilité des données sur les hypothèses macro-économiques : cela a été par exemple le cas en mai 2014, où la prévision a porté jusqu'en 2016 afin qu'elle présente les perspectives financières sur l'ensemble de la période couverte par la nouvelle convention juste conclue, le bureau de l'UNEDIC n'ayant toutefois délibéré que sur les perspectives pour 2014 et 2015.

Ces prévisions reposent :

- d'une part sur des hypothèses économiques propres, qui reprennent le consensus des économistes (« Consensus forecast », *cf. infra*, § II.4.1)) en ce qui concerne la croissance du produit intérieur brut, et qui procèdent d'une analyse spécifique au régime de la conjoncture de l'emploi, du chômage et des salaires ;
- d'autre part, sur une modélisation fine des effectifs de demandeurs d'emploi indemnisés et des montants moyens de prestations, tenant compte notamment des nouvelles dispositions de la convention du 14 mai 2014 relatives aux « droits rechargeables » des personnes indemnisées et des dispositions permettant le cumul entre indemnisation et activités réduites.

Ces données et ces analyses permettent de constituer des prévisions de l'ensemble des charges et des produits, ainsi que du solde du régime. En revanche, l'UNEDIC ne produisait pas jusqu'à présent de prévisions financières régulières à moyen terme (3 à 5 ans), c'est-à-dire aux échéances communément retenues dans la programmation des finances publiques. Toutefois en application de l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, qui connaît aujourd'hui sa première application, des perspectives financières sont désormais communiquées par le régime d'assurance chômage au Gouvernement et au Parlement, distinguant les composantes conjoncturelle et structurelle des évolutions financières. Sur ces bases, le Gouvernement devra transmettre au Parlement et au régime un rapport présentant sa propre analyse de la situation financière du régime et des modalités « d'atteinte de l'équilibre financier à moyen terme ». La mise en place de ce dispositif a conduit l'UNEDIC à modifier son calendrier d'élaboration et de publication de ses prévisions financières à partir de 2015 (*cf. infra*, § III.4), et à produire en juin des projections financières triennales du régime d'assurance chômage.

Enfin, l'UNEDIC a pour la première fois rendu public, postérieurement à la signature de la convention d'assurance chômage de mai 2014, le dossier élaboré à l'occasion de la négociation sur l'incidence financière d'une modification de certains paramètres de la réglementation de l'assurance chômage, ainsi qu'un document récapitulant l'impact financier prévisionnel des différentes dispositions nouvelles. Il s'agit à l'évidence d'une pratique appréciable de transparence sur la situation et les perspectives financières du régime.

²⁵⁸ Ce calendrier est modifié à partir de 2015 (*cf. infra*, § 3.4).

I.3. Les projections financières à long terme

Par ailleurs, plusieurs exercices de projections tendancielles, à horizon de plus de dix ans, sont mis régulièrement en œuvre, concernant des domaines spécifiques de la protection sociale :

- dans le domaine des retraites, aux termes de l'article L. 114-2 du code de la sécurité sociale, le Conseil d'orientation des retraites (COR) a pour mission « d'élaborer, au moins tous les cinq ans, des projections de la situation financière des régimes de retraite légalement obligatoires » ; cette mission a été renforcée par la dernière réforme des retraites, en même temps que le rythme attendu des projections a été rendu annuel, au travers de la mission confiée au COR de « produire avant le 15 juin de chaque année un document annuel et public sur le système de retraite, fondé sur des indicateurs de suivi », parmi lesquels « les soldes comptables annuels exprimés en droits constatés des régimes légalement obligatoires pour l'année en cours et projetés sur vingt-cinq ans » (décret n° 2014-654 du 20 juin 2014 relatif au comité de suivi des retraites) ; la production des indicateurs qui composent ce rapport annuel concourt à l'examen par le comité de suivi des retraites (*cf. infra*, § I.5) de la conformité de l'évolution du système de retraite vers les objectifs fixés par la loi ; les projections du COR reposent sur l'agrégation des perspectives financières à long terme réalisées par les différents régimes de retraite obligatoires de base et complémentaires sur la base d'hypothèses démographiques et économiques – ces dernières étant calées pour le court-moyen terme sur les dernières prévisions du Gouvernement –, complétée de calculs spécifiques pour l'estimation des grandeurs physiques dans l'optique « tous régimes » (nombre de retraités, âge moyen de départ en retraite...) ; entre deux exercices complets de projection, le Conseil d'orientation des retraites procède à une actualisation basée sur des simulations réalisées uniquement par les principaux régimes de retraite (CNAV, AGIRC-ARRCO, Service des retraites de l'État et CNRACL, qui représentent à eux cinq 85% de la masse des prestations de retraite) et extrapolée à l'ensemble « tous régimes » au moyen d'une maquette agrégée du système de retraite ; le dernier exercice complet de projection, portant jusqu'à l'horizon 2060, a été réalisé en 2012 et présenté dans le onzième rapport de décembre 2012²⁵⁹ ; les projections ont fait l'objet d'une actualisation examinée par le Conseil d'orientation des retraites en décembre 2014, puis d'une seconde, calée sur les hypothèses économiques du programme de stabilité 2015-2018, rendue publique dans le rapport annuel du COR de juin 2015²⁶⁰ ;
- de son côté, la Commission européenne publie tous les trois ans un « rapport sur le vieillissement » qui comporte, pour chaque État-membre de l'Union européenne, une projection à long terme des dépenses liées au vieillissement de la population (retraites, santé, autonomie, éducation, chômage), et une estimation des besoins de financement à long terme des politiques publiques associées ; reposant sur des hypothèses démographiques et économiques spécifiques établies par la Commission européenne pour chacun des États-membres et prévoyant à long terme une certaine convergence entre États-membres des principaux paramètres démographiques tels que la natalité et la mortalité, le

²⁵⁹ « Retraites : perspectives 2020, 2040 et 2060 », onzième rapport du Conseil d'orientation des retraites, décembre 2012.

²⁶⁰ « Évolutions et perspectives des retraites en France », rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites, juin 2015.

dernier rapport sur le vieillissement a été publié en juin 2015²⁶¹ ; la Direction générale du Trésor représente la France au sein du groupe de travail qui élabore ces projections ;

- enfin, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a réalisé en 2014 des projections financières tendancielles à l'horizon 2060 portant sur le périmètre presque complet des dépenses et des recettes de la protection sociale, fondées sur les scénarios démographiques et économiques du Conseil d'orientation des retraites de 2012, actualisées pour les premières années de projection²⁶².

Une certaine coordination existe entre ces différents exercices, en fonction des calendriers. Ainsi, comme indiqué précédemment, les projections du Haut Conseil du financement de la protection sociale se sont appuyées sur les scénarios démographiques et économiques du Conseil d'orientation des retraites, simplement adaptées en début de projection pour tenir compte des ajustements opérés entre l'automne 2012 et l'hiver 2013-2014 sur les prévisions économiques du Gouvernement. S'agissant de l'exercice réalisé par la Commission européenne, il a pu en 2005, dans le champ des retraites, être intégré comme variante des projections réalisées par le Conseil d'orientation des retraites en 2006, et présentées dans son troisième rapport²⁶³. Cependant, depuis lors, les calendriers respectifs des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de la Commission européenne n'ont pas permis de rapprocher les différents exercices.

A l'occasion des mesures prises par le Gouvernement afin d'assurer la pérennité à moyen-long terme du système de retraite, l'habitude a été prise de publier des évaluations financières de ces mesures prenant pour référence l'un des scénarios du Conseil d'orientation des retraites. Ainsi, lors de la réforme des retraites de 2010, le Gouvernement a présenté un schéma de financement des mesures comprises dans la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, qui affichait l'objectif de ramener le système de retraite dans son ensemble à l'équilibre en 2018, en prenant pour base le scénario « B » des projections actualisées du Conseil d'orientation des retraites d'avril 2010. De même, en 2013, lors de la présentation de la réforme mise en œuvre dans la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, le Gouvernement a présenté un tableau de financement explicitant la contribution de cette réforme au retour à l'équilibre en 2040 des régimes de retraite de base, hormis ceux dont l'équilibre est garanti par une contribution de l'État employeur ou une subvention d'équilibre de l'État, à partir des projections tendancielles du scénario « B » du COR réalisées en décembre 2012.

En dehors des projections coordonnées par le Conseil d'orientation des retraites, les régimes de retraite ne publient pas à l'intention d'un public plus large que celui de leurs administrateurs des projections régulières de leurs charges et de leurs produits.

Des échanges existent entre les régimes et les administrations, qui permettent de réaliser chaque année, d'une part les prévisions à court-moyen terme qui figurent dans les lois de financement de la sécurité sociale (et le cas échéant dans les lois de programmation des finances publiques), d'autre part les perspectives des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale qui figurent

²⁶¹ Commission européenne (2015), « The 2015 Ageing report : Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060) », *European Economy*, n° 3, mai.

²⁶² Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, janvier 2014.

²⁶³ « Retraites : perspectives 2020 et 2050 », troisième rapport du Conseil d'orientation des retraites, mars 2006.

dans les programmes de stabilité et sont sous-jacents aux soldes structurels figurant dans les lois financières et les lois de programmation des finances publiques.

Le GIE AGIRC-ARRCO a en outre des échéances de prévision spécifiques liées aux négociations paritaires périodiques sur les principaux paramètres des régimes de retraite complémentaire du secteur privé. Dans ce cadre, ses services effectuent des projections financières qui sont mises à la disposition exclusive des partenaires de la négociation paritaire, sans les publier à l'intention d'un public plus large. Ne sont donc pas directement mis à la disposition des experts et des citoyens les hypothèses démographiques et économiques retenues, non plus que les évaluations effectuées quant à l'impact des mesures relevant des accords nationaux interprofessionnels relatifs à la retraite complémentaire²⁶⁴.

Toutefois, comme les autres régimes, le GIE AGIRC-ARRCO est partie aux projections financières du système de retraite mentionnées précédemment, réalisées par le Conseil d'orientation des retraites. Le onzième rapport du COR de décembre 2012 présente ainsi des projections des charges, produits et soldes des régimes AGIRC et ARRCO à l'horizon 2060, sous les hypothèses des cinq scénarios démographiques et économiques retenus, et de même l'actualisation de ces projections réalisée en décembre 2014 comporte des perspectives propres à ces régimes²⁶⁵. En outre, la Cour des comptes, dans son rapport de décembre 2014 intitulé « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) »²⁶⁶ mentionne trois variantes réalisées par les services du GIE AGIRC-ARRCO : une première correspondant au scénario « B » du COR caractérisé par une progression annuelle moyenne de la masse salariale du secteur privé de 2,1% en euros constants, et deux autres reposant sur des hypothèses moins favorables d'évolution de la masse salariale (respectivement, 1,7% et 1,3% en moyenne par an, en euros constants).

I.4. Une pluralité d'instances indépendantes ou de concertation qui examinent des prévisions économiques et financières touchant à la protection sociale

Les perspectives financières des régimes sociaux, et plus généralement celles des finances publiques dans leur ensemble, constituent à la fois un enjeu de transparence pour l'ensemble des citoyens, qui ont droit à une information accessible sur la gestion des fonds publics, et un enjeu de concertation avec les acteurs économiques sociaux dont les appréciations sur le diagnostic et les voies d'évolution de notre système de protection sociale enrichissent le débat social, et qui ont en outre la responsabilité directe de certains dispositifs sociaux. C'est le sens de la création des

²⁶⁴ La publication « Cahiers de la retraite complémentaire », n° 13 du 1^{er} trimestre 2013, comporte toutefois un rappel des besoins de financement à long terme de l'AGIRC et de l'ARRCO selon les divers scénarios du Conseil d'orientation des retraites, ainsi qu'une présentation des principales mesures de l'accord national interprofessionnel du 13 mars 2013. Il est également indiqué que ces mesures auront pour effet de réduire de 8,6 Md€ (en l'absence de mesures) à 3,1 Md€ en 2017 le besoin de financement agrégé de l'AGIRC et de l'ARRCO.

²⁶⁵ Le onzième rapport du COR distingue en outre deux hypothèses, selon que le rendement technique des régimes AGIRC et ARRCO reste constant à partir de 2013, ou se dégrade sous l'effet d'une revalorisation des pensions limitées à l'évolution des prix et d'une progression de la valeur d'achat des points au même rythme que le salaire moyen par tête. L'actualisation de décembre 2014 repose sur la seule hypothèse de rendements constants des régimes AGIRC et l'ARRCO (revalorisation sur l'inflation des valeurs d'achat et de service des points). Toutefois, un scénario de rendements décroissants a été examiné par le COR en février 2015, dans le cadre de variantes de modalités de revalorisation des paramètres du système de retraite.

²⁶⁶ Cour des comptes, « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) », rapport public thématique, décembre 2014.

instances de concertation (COR, HCF, HCAAM, HCFiPS) dans le domaine de la protection sociale depuis une quinzaine d'années.

A cet égard, le processus d'élaboration par les administrations et les régimes de protection sociale des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale comporte à présent, dans la plupart des cas, un examen par des organismes indépendants ou de concertation avec les acteurs de la protection sociale, qui sont de nature à améliorer la qualité des informations fournies et leur compréhension par les citoyens.

Toutefois, si ces organismes sont amenés à analyser les perspectives financières des régimes de protection sociale, c'est à des titres divers et avec des missions et des champs d'intervention spécifiques. Il y a lieu de distinguer d'une part les instances de concertation dont le rôle premier est d'éclairer les acteurs de la protection sociale sur la situation et les scénarios d'évolution envisageables pour le système de protection sociale, et d'autre part les organismes indépendants chargés de rendre des avis dont la teneur peut influencer directement sur le cours même du processus de pilotage des régimes sociaux.

S'agissant des instances de concertation, outre le Conseil d'orientation des retraites déjà évoqué dans le cas des projections des dépenses et des recettes des régimes de retraite, on peut également citer :

- la Commission économique de la Nation, qui avait jusqu'en 2014 la charge, au sein d'un groupe technique rassemblant des experts des prévisions économiques et financières, de comparer les prévisions économiques à court terme – au maximum à l'échéance de l'année suivante –, et qui permettait ainsi d'identifier les écarts éventuels entre les prévisions du Gouvernement et le consensus des prévisionnistes ; elle a toutefois été profondément réformée dans sa composition et ses missions au début de l'année 2015, et en particulier le groupe technique a été supprimé ; c'est désormais le Haut Conseil des finances publiques qui confronte les prévisions du Gouvernement à celle d'une diversité d'organismes publics et privés de prévisions et d'études économiques, les dispositions organiques prévoyant « qu'il tient compte des prévisions d'un ensemble d'organismes dont il a établi et rendu publique la liste »²⁶⁷ ;
- la Commission des comptes de la sécurité sociale, prévue par l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, qui rassemble des parlementaires, un magistrat de la Cour des comptes, les partenaires sociaux, les gestionnaires des régimes de base et complémentaires de protection sociale, des personnalités qualifiées et les administrations économiques, sanitaires et sociales ; elle présente chaque année deux rapports portant sur la situation financière de la sécurité sociale ; le premier rapport, établi en juin, porte sur l'année en cours et présente les comptes prévisionnels du régime général et des fonds de financement ; le second rapport, établi en septembre, porte sur l'année en cours et l'année à venir et présente les comptes de l'ensemble des régimes de base et complémentaires et des fonds de financement ; ces comptes sont repris dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à

²⁶⁷ Pour la rédaction de son avis sur les projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2015, publié en septembre 2014, le Haut Conseil des finances publiques a pris connaissance des prévisions et des analyses issues d'un ensemble d'institutions et d'organismes : l'INSEE, la Banque de France, l'OCDE, l'OFCE, Coe-Rexecode, l'Organisation mondiale du commerce, la Commission européenne, le FMI. Il a procédé en outre aux auditions des représentants de la Banque de France, de la Commission européenne, de l'OCDE, de l'OFCE et de Coe-Rexecode.

venir à titre de prévisions tendanciennes sur lesquelles s'imputeront les mesures prévues dans le projet de loi et qui concourront à la formation des agrégats financiers soumis à l'approbation du Parlement.

S'agissant des organismes indépendants, on a déjà souligné (cf. encadré 2 précédent) le rôle du Haut Conseil des finances publiques comme instance devant laquelle les administrations rendent compte des hypothèses, de la méthodologie et des résultats des prévisions financières associées aux orientations pluriannuelles des finances publiques et aux lois financières annuelles. Deux autres instances interviennent dans des domaines plus spécifiques de la protection sociale, précisés dans l'encadré 5 :

- le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, prévu par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, est chargé de vérifier que l'évolution de ces dépenses au cours de l'année assure le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement ;
- le comité de suivi des retraites, institué par la réforme des retraites de 2014 (article L. 114-4 du code de la sécurité sociale), examine chaque année, sur la base notamment des indicateurs produits dans le cadre du rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites, la convergence du système des retraites vers les objectifs fixés par la loi, l'un de ces objectifs étant celui de pérennité financière à long terme.

Encadré 5

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et le comité de suivi des retraites

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, prévu par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, est chargé de vérifier que l'évolution au cours de l'année de ces dépenses respecte l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement à l'automne précédent (un écart de 0,5% étant toléré).

A cet effet, il rend deux avis, en avril juste après la constatation de l'ONDAM réalisé l'année précédente, et en mai au moment où s'élaborent les prévisions actualisées des comptes de la sécurité sociale pour l'année en cours. Il se prononce également en septembre, en amont de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir, sur la sincérité de l'ONDAM présenté par le Gouvernement. Lorsque le comité d'alerte identifie un risque de dépassement significatif de l'ONDAM voté par le Parlement, le Gouvernement et les régimes d'assurance maladie doivent prendre des mesures correctrices. Celles-ci font l'objet d'un nouvel avis du comité d'alerte qui évalue leur contribution effective au retour au respect de l'objectif voté par le Parlement ;

Le comité de suivi des retraites, institué par la réforme des retraites de 2014 et mentionné à l'article L. 114-4 du code de la sécurité sociale, examine chaque année, sur la base notamment des indicateurs produits dans le cadre du rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites, si le système des retraites converge vers les objectifs fixés par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 relatif à la sauvegarde et à la justice du système de retraite, ou s'éloigne d'eux, l'un de ces objectifs étant celui de pérennité financière à long terme. Il formule des propositions propres à réorienter le système de retraite vers ces objectifs en cas de divergence, ou bien à renforcer la solidarité du régime (« prioritairement au profit du pouvoir d'achat des retraités les plus modestes, de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la prise en compte de la pénibilité et des accidents de la vie professionnelle ») dans le cas d'évolutions économiques ou démographiques plus favorables que celles retenues pour fonder les prévisions d'équilibre du régime de retraite par répartition.

Ces organismes jouent un rôle important, en explicitant les différences entre les hypothèses économiques envisagées par le Gouvernement et les prévisions réalisées par des organismes de sensibilités diverses, ou les écarts observés par rapport aux trajectoires financières préalablement annoncées. Leurs travaux offrent en outre l'opportunité d'une mise à la disposition d'un public large des différentes projections disponibles afin d'en expliquer les écarts éventuels. A cet égard, tout en reconnaissant la simplification apportée par le dispositif d'expertise aujourd'hui confié au Haut Conseil des finances publiques, il pourrait exister un potentiel d'amélioration de la transparence sur les méthodes et les outils de projections économiques et financières, ainsi que de la concertation menée en ce domaine (*cf. infra*, § IV).

I.5. Des dispositions prévoyant l'échange d'informations entre les régimes de protection sociale et avec l'État

Comme on l'a vu au § I.1 précédent, la mise en cohérence des prévisions économiques et financières des différents régimes de protection sociale, exprimées dans les cadres comptables propres à ces organismes, avec les évaluations prévisionnelles des dépenses, des recettes et des soldes des différents sous-secteurs des administrations publiques, et notamment des administrations de sécurité sociale, en comptabilité nationale, requiert des procédures de coordination et de rapprochement.

Au-delà, la question se pose de l'intérêt d'un dialogue organisé entre les différents acteurs de la protection sociale – l'État et les régimes pour la sécurité sociale, et les partenaires sociaux pour l'assurance chômage et la retraite complémentaire –, quant à l'impact de leurs trajectoires respectives sur celle des finances sociales dans leur ensemble.

Un premier dispositif reposant sur un « conseil d'orientation » et une « conférence nationale des finances publiques », deux instances qui associaient l'État – Gouvernement et Parlement –, les élus locaux, et les administrateurs des régimes de protection sociale – avait été expérimenté en 2006 et 2008, puis sous une forme légèrement différente en 2010 avec la « conférence des déficits publics », avant d'être abrogé en 2013 lors de la création du Haut Conseil des finances publiques. Cependant, comme cela a été mentionné au § I.1 précédent, l'article 6 de la loi n° 2014-1653 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 envisage une conférence des finances publiques dont les missions s'apparentent en partie au dispositif précédent.

On signalera enfin à nouveau la portée de l'article 29 de la même loi de programmation des finances publiques, qui prévoit un échange d'informations financières entre le régime d'assurance chômage et l'État – Gouvernement et Parlement – sur la situation et les perspectives financières de ce régime. Une première étape de la mise en oeuvre de ce dispositif est intervenue en juin 2015 avec la publication des prévisions financières triennales de l'UNEDIC, mais il faudra attendre le déroulement de l'ensemble du processus pour apprécier la portée de la clarification et du partage de l'information sur les comptes et la trajectoire d'évolution de l'assurance chômage qu'il vise à réaliser.

II. Les données économiques et financières prévisionnelles aujourd'hui disponibles dans le domaine de la protection sociale

La multiplicité des acteurs intervenant dans le pilotage financier de la protection sociale, et donc dans la production de prévisions économiques et financières, et la diversité des processus d'élaboration des orientations financières à court, moyen et long terme, conduisent ainsi à

l'existence d'un grand nombre de données prévisionnelles, qui soulèvent un enjeu de transparence des méthodes utilisées, d'analyse des écarts éventuels, et de coordination.

Les diverses prévisions et projections disponibles se distinguent par des champs (II.1), des méthodologies (II.2), des calendriers et des horizons (II.3) différents, et présentent de plus des révisions importantes au cours du temps (II.4).

II.1. Des prévisions financières aux champs différents

Une première et importante distinction est à opérer entre les prévisions qui portent sur le champ des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale, et celles qui portent sur les champs afférents au pilotage des comptes sociaux (sécurité sociale, assurance chômage et retraite complémentaire).

II.1.1. Des projections financières à moyen terme agrégées, aux normes de la comptabilité nationale, qui distinguent les composantes conjoncturelle et structurelle des évolutions financières

Les perspectives pluriannuelles des finances publiques présentées par le Gouvernement périodiquement dans les lois de programmation des finances publiques, et annuellement dans le programme de stabilité et dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances, présentent trois caractéristiques (cf. tableaux 1 et 2 ci-dessous) :

- elles portent sur le moyen terme (cinq ans dans la programmation des finances publiques) ;
- elles restent relativement agrégées, puisqu'elles ne détaillent pas les évolutions en-deçà de la partition des administrations publiques en trois sous-secteurs : administrations publiques centrales, administrations publiques locales, administrations de sécurité sociale (cf. tableau 1) ;
- elles sont de ce fait à même d'opérer les décompositions, centrales pour le respect des engagements communautaires, entre évolutions conjoncturelles (liées aux fluctuations des agrégats macro-économiques supposées exogènes) et structurelles (corrigées des précédentes, et reflétant donc les facteurs fondamentaux à l'œuvre dans les évolutions, cf. tableau 1 et encadré 6).

Tableau 1
Soldes prévisionnels effectifs des sous-secteurs des administrations publiques
(en points de PIB)

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde public effectif	-4,0	-3,8	-3,3	-2,7	-1,9
dont administrations publiques centrales	-3,4	-3,4	-3,2	-2,8	-2,2
dont administrations publiques locales	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
dont administrations de sécurité sociale	-0,4	-0,3	0,0	0,3	0,4

Source : programme de stabilité de la France 2015-2018.

Encadré 6
Quelles évaluations du PIB potentiel
et du solde structurel des administrations publiques ?

L'analyse du solde public s'efforce de distinguer la partie du solde qui relève des fluctuations conjoncturelles (définie comme le « solde conjoncturel ») de celle qui en est indépendante et qui serait celle que l'on observerait si l'économie était sur son sentier de croissance potentielle (on parle alors de « solde structurel »). Cette distinction, classique dans l'analyse économique des finances publiques, doit désormais être présentée et documentée dans les documents transmis à la Commission aux fins de surveillance budgétaire mutuelle au sein de l'Union européenne.

La composante conjoncturelle du déficit public a trait aux différents postes de recettes et de dépenses sensibles au cycle économique :

- du côté des dépenses, seules celles d'assurance chômage sont supposées avoir une composante cyclique ; les autres dépenses sont supposées suivre une dynamique structurelle soit parce qu'elles résultent de décisions discrétionnaires, soit parce que leur lien avec la conjoncture est difficile à mettre en évidence²⁶⁸ ;
- du côté des recettes, on suppose que tous les prélèvements obligatoires ont une composante cyclique tandis que le reste des recettes est supposé indépendant du cycle.

Cette composante cyclique des recettes (décomposées en quatre catégories de prélèvement : impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, cotisations sociales et autres prélèvements obligatoires) est estimée à partir des élasticités moyennes observées sur le passé que l'on applique à l'écart existant entre l'activité effective et l'activité potentielle.

Le calcul du solde structurel repose donc par nature sur l'appréciation du cycle économique et donc de l'écart qui existe entre le PIB effectif, qui est observé dans les comptes nationaux, et le PIB potentiel qui est le niveau d'activité soutenable sans tensions sur les facteurs de production. Ce dernier n'est pas une donnée observable et doit donc faire l'objet d'estimations, qui sont l'objet d'incertitudes et débats entre les économistes.

Il existe en effet diverses méthodes pour estimer le PIB potentiel, qui peuvent reposer sur l'utilisation d'outils statistiques de « filtrage » des fluctuations économiques pour en extraire une « tendance », ou sur une approche plus économique qui décompose la croissance du PIB entre les contributions de différentes composantes productives (emploi, capital, productivité). La première approche est de mise en œuvre aisée, mais est de nature purement statistique et basée sur l'observation rétrospective. De plus, la technique d'extraction de la tendance requiert des paramètres numériques dont le choix reste arbitraire. La seconde méthode, plus satisfaisante sur le plan théorique, repose sur une modélisation même élémentaire de la production, mais soulève des difficultés de nature statistique, liées à la mesure du capital et de la productivité globale des facteurs de production. Dans les deux cas, les estimations du PIB potentiel sont sujettes à révision après chaque nouvelle campagne des comptes nationaux. C'est cependant la deuxième approche, fondée sur une fonction de production agrégée, qui est retenue par la Commission européenne et que les États-membres de l'Union européenne ont désormais à mettre en œuvre dans le cadre des règles communautaires.

²⁶⁸ Des analyses ont toutefois mis en évidence le fait que les dépenses de santé d'une part, et les prestations sociales sous condition de ressources d'autre part, avaient aussi pour partie une composante cyclique (cf. C. Bac, O. Bontout, F. Lenseigne (2010), « Décomposition tendance-cycle : une application aux prestations sociales », Document de travail de la Drees, série « Études », n° 7).

(suite encadré 6)

Une fois estimé le PIB potentiel, la variation du solde public d'une année à l'autre peut en principe être décomposée en trois parts : la variation conjoncturelle imputable à la position dans le cycle économique (qui se traduit par « l'écart de production », c'est-à-dire l'écart entre l'activité effective et l'activité potentielle), la variation structurelle (ou « ajustement structurel »), et l'effet de mesures ponctuelles et temporelles qui sont exclues de l'ajustement structurel parce qu'elles n'affectent pas durablement le solde public. En pratique cependant, cette décomposition n'est jamais parfaitement satisfaisante. En particulier, un facteur de persistance d'éléments conjoncturels au sein du solde structurel des administrations publiques tient au fait que les élasticités des prélèvements obligatoires au PIB sont des valeurs moyennes au cours d'un cycle économique, alors que la réaction effective de ces recettes aux variations conjoncturelles de leurs assiettes peut varier au cours du cycle – notamment dans le domaine de l'impôt sur les sociétés –, et selon des modalités variables d'un cycle à l'autre. L'observation *ex post* des recettes fiscales et sociales effectives peut ainsi conduire à réviser à la hausse ou à la baisse le solde structurel, selon que l'élasticité de ces recettes au PIB aura été supérieure ou inférieure à sa valeur moyenne au cours du cycle.

Afin de surmonter cette difficulté, les administrations financières calculent un « effort structurel », qui additionne l'écart entre la variation structurelle des dépenses publiques en volume et celle du PIB potentiel, et l'incidence des mesures nouvelles en prélèvements obligatoires. Ces évaluations sont désormais fondées sur les estimations « d'écart de production » de la Commission européenne et effectuées à des niveaux relativement agrégés (les trois sous-secteurs des administrations publiques) sans entrer dans le détail des différents comptes sociaux.

Au total, la référence à des agrégats « structurels », tenant compte de l'écart entre le niveau de l'activité économique et son potentiel au plein-emploi des facteurs de production sans tension sur les prix et les salaires, constitue quant à son principe un progrès pour identifier les fondamentaux de la situation des finances publiques. Cependant, les révisions fréquentes et d'ampleur souvent significative des estimations du PIB potentiel qui sont intervenues par le passé²⁶⁹, et ont même porté sur des exercices écoulés, les incertitudes sur la réaction des recettes fiscales et sociales aux fluctuations conjoncturelles²⁷⁰, les modifications régulières des méthodologies utilisées et les ajustements des agrégats macro-économiques au fil des changements de base des comptes nationaux, nuisent à une identification claire et stable dans le temps des composantes structurelle et conjoncturelle des évolutions des recettes, des dépenses et du solde des administrations publiques, et mettent en question la clarification que celle-ci est censée apporter au débat public.

Tableau 2
Soldes prévisionnels effectif et structurel des sous-secteurs des administrations publiques
(en points de PIB)

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde public effectif (1 + 2 + 3)	-4,0	-3,8	-3,3	-2,7	-1,9
Solde conjoncturel (1)	-1,9	-2,0	-2,0	-2,0	-1,8
Mesures ponctuelles et temporaires (2)	0,0	-0,2	-0,1	0,0	0,0
Solde structurel (3)	-2,0	-1,6	-1,1	-0,6	-0,1

Source : programme de stabilité de la France 2015-2018.

²⁶⁹ H. Péléraux (2014), « Révision du potentiel de croissance : l'impact sur les déficits », Le blog de l'OFCE : <http://www.ofce.sciences-po.fr/blog/revision-du-potentiel-de-croissance-limpact-sur-les-deficits/>

²⁷⁰ En raison du calcul des recettes théoriques qui seraient associées à la réalisation du potentiel d'activité économique sur la base d'élasticités moyennes valant pour l'ensemble d'un cycle économique, le solde structurel des administrations publiques peut laisser persister une composante conjoncturelle lorsque l'élasticité effective observée de ces recettes diffère de l'élasticité moyenne.

II.1.2. Des exercices propres à chaque composante des administrations de sécurité sociale, en comptabilité spécifique et portant sur les recettes, les dépenses et les soldes effectifs

Inversement, les perspectives à court, moyen et long terme qui figurent dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans les lois de financement de la sécurité sociale, dans les prévisions financières de l'assurance chômage, ou dans les projections des dépenses et des recettes des régimes de retraite dans le cadre des travaux du Conseil d'orientation des retraites, reposent sur les plans comptables utilisés par les différents régimes²⁷¹, et portant sur les données financières exclusivement effectives (sans décomposition entre évolutions conjoncturelles et structurelles²⁷²).

Les tableaux et graphique suivants fournissent des exemples d'informations prévisionnelles sur les comptes sociaux dans les différents domaines sur lesquels ils portent. Le tableau 3 reproduit, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les prévisions quadriennales de dépenses, de recettes et de solde fournies en annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Les tableaux 4 et 5 présentent, successivement, les hypothèses macro-économiques et relatives au marché du travail, et les prévisions financières du régime d'assurance chômage pour 2014 et 2015, publiées par l'UNEDIC en juin 2015. Enfin, le graphique 1 reprend une présentation synthétique des résultats des projections financières du système de retraite à l'horizon 2060 réalisées par le Conseil d'orientation des retraites pour son rapport annuel de juin 2015.

Tableau 3
Prévisions des charges, des produits et des soldes
des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (2014-2018)

	2013 réalisation	2014 prévision	2015 prévision	2016 prévision	2017 prévision	2018 prévision
Hypothèses économiques et financières : (évolution annuelle en %)						
- PIB en volume	0,30%	0,40%	1,00%	1,70%	1,85%	1,85%
- Masse salariale du secteur privé en volume	0,50%	1,10%	1,10%	2,10%	2,45%	2,45%
- ONDAM en volume	1,50%	2,20%	1,20%	0,60%	0,15%	0,15%
- Inflation	0,70%	0,50%	0,90%	1,40%	1,75%	1,75%
Dépenses (Md€)	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Recettes (Md€)	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Solde (Md€)	-13,1	-11,7	-10,3	-7,2	-3,7	-2,4

Source : annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

²⁷¹ Les organismes de sécurité sociale appliquent un plan comptable unique des organismes de sécurité sociale dont les principes sont proches du plan comptable général appliqué par les entreprises privées. Le régime d'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire appliquent des plans comptables également proches du plan comptable général, mais avec des adaptations spécifiques.

²⁷² Une décomposition du solde financier du système de retraite (tous régimes confondus) en ses parts structurelles et conjoncturelles a toutefois été réalisée par le secrétariat général du COR, à l'occasion de la séance du Conseil d'orientation des retraites du 16 décembre 2014 (cf. document n° 6 du dossier de cette séance).

Tableau 4
Prévisions de l'UNEDIC en matière d'activité, d'emploi et de chômage
(note de prévision financière de juin 2015)

	2014	2015 Prévision	2016 Prévision	2017 Projection	2018 Projection
Croissance, Prix, Emploi, Salaire, Chômage <i>(évolution en moyenne annuelle)</i>					
PIB	0,2%	1,1%	1,6%	1,7%	1,6%
Indice des prix à la consommation	0,5%	0,2%	1,1%	1,4%	1,6%
Emploi total	0,2%	0,2%	0,7%	0,7%	0,6%
Emplois affiliés à l'Assurance chômage	-0,1%	-0,1%	0,8%	1,1%	0,9%
Salaire moyen par tête (SMPT) dans le secteur concurrentiel	1,6%	0,9%	1,3%	1,7%	2,0%
Masse salariale dans le secteur concurrentiel	1,5%	0,9%	2,1%	2,8%	2,9%
Taux de chômage BIT <i>(en fin de trimestre)</i>	10,1%	9,9%	9,7%	9,5%	9,4%
Chômeurs indemnisés Assurance chômage (ARE)	1,6%	6,0%	-0,3%	-0,6%	-0,2%

Sources : Insee, Pôle emploi, Acoess, projections Unédic

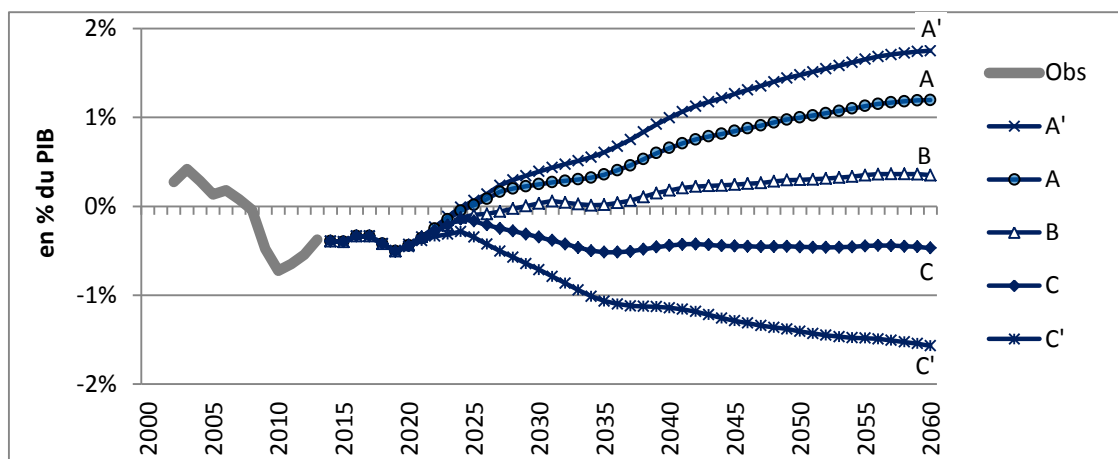
Tableau 5
Perspectives financières de l'assurance chômage
(note de prévision financière de juin 2015)

En millions d'euros, au 31 décembre

	2014	2015 Prévision	2016 Prévision	2017 Projection	2018 Projection
Contributions et autres recettes d'Assurance chômage	33 774 (+1,7%)	33 924 (+0,4%)	34 664 (+2,2%)	35 533 (+2,5%)	36 475 (+2,6%)
Total des recettes	33 936	33 945	34 674	35 533	36 475
Dépenses allocataires	34 086 (+1,2%)	34 608 (+1,5%)	34 478 (-0,4%)	34 603 (+0,4%)	34 991 (+1,1%)
Total des dépenses	37 746	38 555	38 350	38 546	39 107
SOLDE = RECETTES - DÉPENSES	-3 810	-4 610	-3 676	-3 013	-2 632
Éléments exceptionnels	71	24	180	0	0
Variation de trésorerie	-3 739	-4 586	-3 496	-3 013	-2 632
Situation de l'endettement net bancaire	-21 327	-25 913	-29 409	-32 422	-35 054

Source : UNEDIC.

Graphique 1
Soldes prévisionnels du système de retraite
selon les scénarios économiques du COR (en % du PIB)



Note : données hors produits et charges financières, hors dotations et reprises sur provisions, et hors transferts internes au système de retraite (transferts au sein des régimes de retraite et transferts avec le FSV). Convention COR = cotisations des employeurs de fonctionnaires d'État et subvention d'équilibre aux régimes spéciaux concernés évoluant comme la masse salariale de ces régimes.

Champ : ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires, y compris FSV et SASPA, hors RAFP et hors compte pénibilité.

Sources : rapports à la CCSS 2002-2013 ; projections COR - juin 2015.

Les deux types d'approches peuvent normalement être réconciliées, car les données rétrospectives sur les administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale exploitent au fil du temps les informations présentes dans les comptes des organismes de protection sociale, selon une comptabilité en droits constatés qui suit la même démarche que celle des organismes. L'analyse des écarts entre les évaluations des comptes nationaux et des comptes des organismes dans le champ particulier du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse fait l'objet d'un commentaire dans chaque premier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale au mois de juin (*cf.* encadré 7). Par ailleurs, les comptes de la protection sociale publiés annuellement par la Drees (*cf. infra*, § III.3) fournissent également une explication de ces écarts. Ainsi, à la condition de corriger les écarts entre les deux modes d'évaluation en début de période de projection, les évolutions que décrivent d'une part les comptes des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale, et d'autre part l'agrégation des comptes des différents régimes de protection sociale, doivent normalement être cohérentes.

Encadré 7

Comparaison des agrégats de la protection sociale en comptabilité nationale et dans les comptabilités spécifiques des régimes

L'analyse comparée des évaluations des comptes nationaux et des comptes des organismes dans le champ particulier du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse fait apparaître trois facteurs principaux d'écarts :

- des champs distincts, les administrations de sécurité sociale s'étendant, au-delà des régimes de protection sociale, à des « organismes divers d'administration de sécurité sociale », dont les principaux sont les hôpitaux publics ;
- des différences de concepts, qui conduisent en comptabilité nationale à ne pas prendre en compte les provisions et reprises sur provisions sur les opérations autres que les prestations, à imputer les opérations en capital pour leur totalité au moment de l'acquisition des immobilisations, et à ne pas appréhender les plus-values financières ;
- des corrections de synthèse, dont la principale consiste dans la réconciliation des opérations symétriques entre administrations publiques lorsqu'il n'existe pas systématiquement de comptabilité de droits constatés (cas de l'État),

Ces corrections sont opérées par la Direction générale des finances publiques qui centralise l'ensemble des comptes de l'État, des collectivités locales, des régimes de protection sociale, et des autres organismes appartenant aux administrations publiques.

Un facteur supplémentaire d'écart temporaire découle du fait que, alors que les comptes des régimes de protection sociale sont définitivement clos dans le semestre qui suit l'exercice concerné, les comptes nationaux relatifs à cet exercice donnent lieu à une première estimation (compte « provisoire ») en mars de l'année suivante, puis à deux révisions (comptes « semi-définitif » et « définitifs ») qui sont rendues publiques au cours des deux années suivantes.

Le tableau 6 ci-dessous récapitule les écarts entre les évaluations de la comptabilité nationale et des régimes dans le champ du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour les années 2010 à 2013.

Tableau 6

Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement en comptabilité nationale pour le régime général et le FSV (2011-2014)

	En millions d'euros			
	2011	2012	2013	2014
Résultat des organismes du régime général et du FSV	-20,84	-17,48	-15,45	-12,93
Dotations et reprises sur provisions	0,63	2,23	1,04	1,77
Opérations en capital	-0,54	-0,52	-0,80	-0,49
Plus ou moins-values (sur immobilisations financières)	-0,01	-0,07	-0,02	-0,01
Taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation (1)	0,83	-0,83	0,00	0,00
Intégration de la section II du FSV (2)	0,36	0,38	0,00	0,00
Autres Corrections de synthèse (3)	0,88	-0,19	0,49	-0,31
Étalement du versement de la soulte IEG de 2005 (4)	0,15	0,15	0,15	0,15
Intérêts reçus des IEG, versés par le FRR à la CNAV (5)	0,02	0,38	0,20	0,36
Corrections de droits constatés (6)	-0,65	-0,21	0,33	0,32
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT du Régime Général et du FSV	-19,16	-16,15	-14,06	-11,14
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des autres régimes	8,61	6,00	6,54	4,82
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ODASS	-2,32	-2,60	-1,61	-2,15
CAPACITE (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ASSO	-12,87	-12,75	-9,14	-8,47

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2015), DGFIP.

II.2. Des méthodologies de projection selon les cas tendanciels ou incorporant l'impact de mesures

Les prévisions et projections disponibles pour les acteurs sociaux, les analystes et les citoyens se distinguent également selon qu'elles visent à décrire les évolutions qui interviendraient à l'avenir si aucune disposition nouvelle portant sur les dépenses et les recettes des régimes n'était prise – on parle alors de prévision « tendancielle » -, ou qu'elles incorporent l'impact de mesures visant à atteindre un objectif donné à l'issue de la période de projection (tel que l'équilibre financier du régime, ou un montant maximal de recours à l'emprunt, ou encore un niveau donné d'un ratio réserves / prestations).

Dans le premier cas, les projections « tendanciels » servent en priorité à diagnostiquer l'ampleur des divergences éventuelles entre dynamiques des dépenses et des recettes, mais n'ont *a priori* pas de valeur normative. Entrent dans cette première catégorie de prévisions :

- les deux prévisions annuelles de la commission des comptes de la sécurité sociale ;
- les trois prévisions financières annuelles de l'UNEDIC ;
- les projections financières du système de retraite, qui seront dorénavant actualisées chaque année avant le 15 juin par le COR dans le cadre de son rapport annuel.

Dans le second cas, les projections constituent une étape du pilotage d'un régime de protection sociale, en ce qu'elles permettent de sélectionner les actions qui respectent des objectifs financiers déterminés, au sein desquels les décideurs peuvent opérer un choix au vu de leurs conséquences sociales et financières. Relèvent de cette deuxième catégorie d'exercices :

- les perspectives à moyen terme des administrations de sécurité sociale présentées dans les lois de programmation des finances publiques, les programmes de stabilité, les documents d'orientation des finances publiques, et en annexe aux projets de lois de finances annuels ;
- les perspectives à court et moyen terme des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement, exprimés dans leurs comptabilités propres, associées aux lois de programmation des finances publiques et aux lois de financement de la sécurité sociale annuelles ;
- les données financières fournies par les services de l'UNEDIC en amont et en aval des négociations des conventions d'assurance chômage ;
- le cas échéant, les éléments d'évaluation financière fournis par le Gouvernement à l'appui de la présentation des réformes visant à garantir la pérennité financière des régimes de retraite de base.

Toutefois, la distinction entre projections « tendanciels » servant au diagnostic et projections après mesures comme outils de pilotage peut être dans une certaine mesure relativisée. En effet :

- la définition de « l'absence de mesures nouvelles » qui caractérise les projections « tendanciels » peut être malaisée ; il convient en tout état de cause d'incorporer à ces projections l'impact futur, s'étalant parfois sur plusieurs années, de mesures déjà décidées, qui peut être difficile à évaluer et pas toujours détachable de mesures à décider dans l'avenir ; une telle projection « tendancielle » peut également conduire à des situations difficilement envisageables sur le long terme, comme en matière de revalorisation des prestations sociales où la poursuite indéfinie des règles actuelles est difficilement soutenable

pour certaines prestations, comme le Haut Conseil du financement de la protection sociale l'a montré dans son rapport de janvier 2014 sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale ; enfin, il y a lieu de faire une différence entre « législation inchangée », qui signifie l'absence de mesures nouvelles, et « politiques économiques et sociales inchangées », qui peuvent impliquer la mise en œuvre continue de mesures nouvelles ; au total, les projections « tendanciennes » ne sont donc pas exemptes de certaines des incertitudes qui affectent les projections après mesures, liées à l'évaluation financière de ces dernières ;

- la réalisation de projections incorporant des mesures ne fait de toutes façons pas obstacle à la production, à titre comparatif, de projections « tendanciennes » qui permettent de mesurer la contribution éventuelle de ces mesures à la trajectoire financière des différents régimes ou comptes sociaux ; ainsi, le « two pack » exige la production dans les programmes de stabilité et les lois financières des États-membres de projections des finances publiques à « politiques inchangées » ; dans le processus budgétaire interne, les prévisions associées aux lois de financement de la sécurité sociale doivent être cohérentes avec celles, « tendanciennes », présentées dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, et font apparaître l'estimation de l'impact des mesures prises en compte dans la loi de financement ; au total, la présentation conjointe de prévisions « tendanciennes » et après mesures paraît constituer une pratique en voie de généralisation.

II.3. Des calendriers et des horizons de projection différents pour les prévisions d'un même exercice

L'ensemble des processus de programmation budgétaire et de pilotage des comptes sociaux a pour effet de produire plusieurs informations prévisionnelles relatives à différents domaines de la protection sociale au cours d'une même année ou relatifs à un même exercice.

En faisant abstraction des échéances non récurrentes ou spécifiques, tels que la présentation de lois de programmation des finances publiques, ou de lois financières annuelles rectificatives, on observe (cf. tableau 7) que chaque année voit la publication :

- de trois occurrences de prévisions à moyen terme relatives aux administrations de sécurité sociale : en avril dans le programme de stabilité, en juillet dans le document préparatoire au débat d'orientation sur les finances publiques²⁷³, et en septembre dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année suivante ;
- de quatre occurrences de prévisions relatives aux comptes de la sécurité sociale : en février avec la note de la CCSS récapitulant l'impact de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année en cours qui vient d'être votée, dans les rapports de la CCSS de juin (pour l'année en cours et le régime général) et de septembre (pour les années en cours et à venir et l'ensemble des régimes et des fonds de financement), et en octobre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir (prévision quadriennale) ;

²⁷³ En 2012, la présentation du document préparatoire au débat d'orientation des finances publiques en juillet a donné lieu à une révision des hypothèses économiques par rapport à celles retenues dans le programme de stabilité d'avril. En 2013 et 2014, en revanche, ce document a repris les hypothèses du programme de stabilité.

- de trois occurrences de prévisions financières du régime d'assurance chômage, en janvier pour l'année en cours, et en mai puis septembre pour les années en cours et à venir (jusqu'en 2014 ; en janvier, juin et octobre en 2015 ; en février, juin et octobre à partir de 2016) ;
- d'une occurrence de projections à court, moyen et long terme portant sur l'ensemble des régimes de retraite légalement obligatoires rendue publique en juin de chaque année par le Conseil d'orientation des retraites et coordonnée avec le rapport de la CCSS de juin.

Tableau 7
Calendrier des projections financières dans le domaine de la protection sociale
rendues publiques au cours d'une année

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Administrations de sécurité sociale				Programme de stabilité			Débat d'orientation des finances publiques		Projet de loi de finances			
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale		Note de la CCSS				Rapport de la CCSS (régime général)			Rapport de la CCSS (tous régimes)	Projet de loi de financement de la sécurité sociale		
Assurance chômage	Note de prévision financière				Note de prévision financière				Note de prévision financière			
Régimes de retraite légalement obligatoires						Rapport annuel du COR						

En « longitudinal », c'est-à-dire en considérant les prévisions qui portent au cours de plusieurs années successives sur un même exercice, on peut dénombrer (*cf.* tableau 8), entre la première prévision et la première réalisation relative à cet exercice (et sans prendre en compte les révisions des réalisations qui pourront intervenir ultérieurement, notamment dans le cadre des comptes nationaux) :

- treize prévisions successives des comptes des administrations de sécurité sociale ;
- dix prévisions successives relatives à tout (tous régimes et fonds) ou partie (régime général) de la sécurité sociale ;
- sept prévisions successives relatives à l'assurance chômage.

Tableau 8
Calendrier des projections financières dans le domaine de la protection sociale
concernant un même exercice

Année	Mois	Administrations de sécurité sociale	Régimes obligatoires de base de sécurité sociale	Assurance chômage
N - 3	A M J J A S O N D	P. stab N-3/N DOFP N-3 PLF N-2	 PLFSS N-2	
N - 2	J F M A M J J A S O N D	P. stab N-2/ N+1 DOFP N-2 PLF N-1	 PLFSS N-1	
N-1	J F M A M J J A S O N D	P. stab N-1/ N+2 DOFP N-1 PLF N	 CCSS sept. N-1 PLFSS N	Note UNEDIC mai N-1 Note UNEDIC sept N-1
N	J F M A M J J A S O N D	P. stab N/ N+3 DOFP N PLF N+1	Note CCSS N CCSS juin N CCSS sept. N PLFSS N+1	Note UNEDIC janv N Note UNEDIC mai N Note UNEDIC sept N-1
N+1	J F M A M J	Cpte prov. N (compta nat)	Note CCSS N+1 CCSS juin N+1	Note UNEDIC janv N+1 Note UNEDIC mai N+1

Si la quantité d'informations ainsi délivrée aux acteurs de la protection sociale témoigne d'un effort réel de transparence sur les perspectives des finances sociales, elle peut toutefois être assortie au fil du temps de révisions importantes, notamment sous l'effet des ajustements apportés aux hypothèses économiques sous-tendant ces prévisions. La multiplication et l'absence d'explicitation de ces révisions peuvent alors, *a contrario*, rendre plus complexe la compréhension par les acteurs économiques et sociaux de la situation réelle et des perspectives des comptes sociaux.

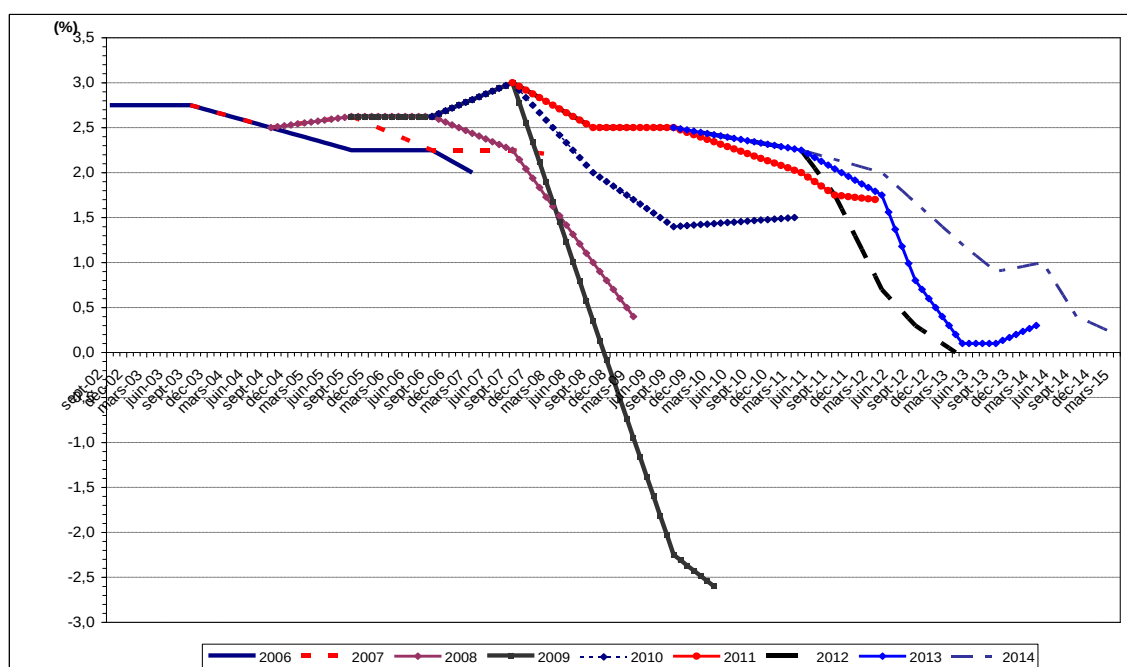
II.4. Des ajustements importants au fil du temps des perspectives financières portant sur un même exercice

Cette abondance de données prévisionnelles sur les comptes sociaux a en effet pour conséquences, d'une part d'être assortie de révisions parfois importantes des hypothèses économiques au fil du temps (II.4.1), d'autre part de laisser persister des écarts pas toujours explicités entre les prévisions du Gouvernement et des autres organismes (II.4.2).

II.4.1. *Des révisions importantes des hypothèses économiques, qui suivent en large part celles du consensus des prévisionnistes*

Le graphique 2 ci-dessous présente, pour les exercices 2006 à 2014, l'évolution des prévisions retenues pour le Gouvernement pour la croissance du produit intérieur brut en volume, depuis le premier programme de stabilité où chaque exercice est couvert (septembre N-4, puis avril N-3 pour l'exercice N) jusqu'à la première estimation des comptes nationaux (en mars N+1 pour l'exercice N).

Graphique 2
Révisions successives des hypothèses du Gouvernement
relatives à la croissance du produit intérieur brut (2006-2014)



Source : programmes de stabilité, rapports économiques et financiers annexés aux projets de loi de finances, comptes nationaux.

Note : En 2002, 2003, 2005 et 2006, les programmes de stabilité présentés par le Gouvernement en septembre renaient deux scénarios « haut » et « bas » de croissance. Il en a été de même lors de la présentation des projets de lois de finances pour 2006, 2007 et 2008. On a retenu dans ces cas la moyenne entre ces deux prévisions.

De façon générale, pour tous les exercices considérés ici depuis 2006, les réalisations ont été inférieures aux premières prévisions du Gouvernement. Les écarts ont pu être relativement limités dans les années antérieures à la crise économique et financière (0,75 point pour 2006 et 0,55 point pour 2007) ou pour 2011 (un point). Mais ils ont été plus substantiels les autres années : 2,2 points en 2008, 1,1 point pour 2010, trois points pour 2012, deux points en moyenne pour les deux années 2013 et 2014. L'écart maximal a comme on pouvait s'y attendre été observé en 2009 : 5,6 points, entre une première prévision de 3% en septembre 2005, et une réalisation de -2,6% constatée en mars 2010, soit le pire résultat depuis la fin de la dernière guerre mondiale. Il faut à cet égard reconnaître que les méthodes de prévision économique aujourd'hui communément utilisées ont des difficultés à anticiper des retournements prononcés de la conjoncture économique.

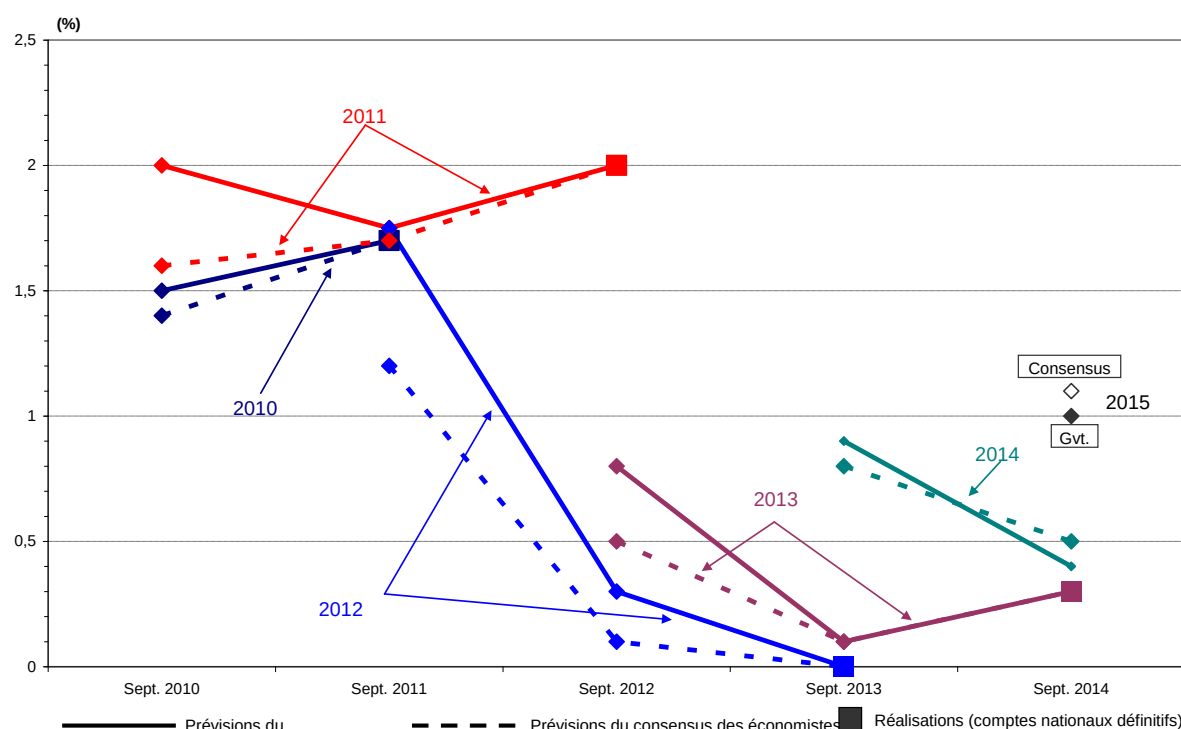
Ce constat doit en outre être notablement relativisé, en observant que lorsqu'un exercice fait sa première apparition dans une perspective à moyen terme du Gouvernement, il correspond au terme de la projection. Or, d'une part il n'existe pas de point de comparaison avec des prévisions indépendantes à un horizon de trois à quatre ans, et d'autre part les perspectives gouvernementales postulent, non sans justification, le retour à cet horizon à un rythme de croissance correspondant à la croissance potentielle correspondant à la pleine utilisation des facteurs de production, voire légèrement supérieur si la possibilité existe d'un rattrapage des points de croissance perdus dans le passé par rapport à ce potentiel. Cela explique une grande part des écarts importants observés entre prévisions et réalisations depuis 2008, compte tenu de la longueur inédite de la crise économique qui s'est déclenchée alors, et par suite des incertitudes qui portent aujourd'hui sur le niveau du potentiel d'activité de l'économie française.

Le diagnostic devient dès lors plus mesuré lorsque l'on compare les prévisions économiques à court terme du Gouvernement, présentées dans les projets de lois de finances, à la moyenne des prévisions des organismes indépendants (souvent, mais improprement, dénommé « consensus »²⁷⁴). Ainsi, le graphique 3 ci-dessous compare, pour les exercices 2010 à 2015, les hypothèses du Gouvernement concernant la croissance du PIB en volume présentées en septembre de chaque année pour les années en cours et suivantes, et la moyenne de celles réalisées à la même date par les organismes de prévision indépendants ou les organisations internationales. Les réalisations, mesurées par le taux de croissance du produit intérieur brut en volume, sont également fournies pour les exercices 2010 à 2013. Ce graphique montre que les prévisions de la croissance du PIB en volume faites par le Gouvernement en septembre N-1 pour l'année N ont été dans la majorité des cas plus favorables que la moyenne des prévisions des organismes indépendants et des organisations internationales. Ainsi, les prévisions gouvernementales faites en septembre 2010, 2011 et 2012 pour respectivement 2011, 2012 et 2013, excèdent en moyenne d'environ 0,5 point le consensus des économistes. Il a même pu arriver, comme pour 2010 et 2012, qu'un écart subsiste, de l'ordre de 0,1 à 0,2 point en faveur des prévisions gouvernementales, dans les prévisions faites en septembre de ces années.

²⁷⁴ Une société britannique du nom de « Consensus Economics » compile les prévisions économiques réalisées par au total 700 économistes pour différents pays ou zones. Le terme « consensus des économistes » désigne la moyenne de ces prévisions.

Cependant, cet écart s'est fortement amenuisé pour 2013 (0,3 point dans les prévisions de septembre 2012) et 2014 (0,1 point dans les prévisions de septembre 2013), et s'est même inversé : le consensus des économistes s'était en effet établi à 1,0% en septembre 2014, contre 0,9% pour les prévisions gouvernementales. On peut donc observer que, s'agissant du court terme, les écarts entre les prévisions retenues par le Gouvernement et celles des organismes indépendants et internationaux n'est plus guère significatif, et que cette évolution a sans doute été favorisée par la mise en place du Haut Conseil des finances publiques chargé de porter un avis sur les prévisions économiques qui sous-tendent les projets de lois financières.

Graphique 3
Prévisions gouvernementales et consensus des économistes
pour la croissance du PIB en volume (2010-2015)



Source : rapports économiques, sociaux et financiers annexés aux projets de lois de finances (prévisions gouvernementales) ; Unedic (consensus des économistes).

L'écart entre les prévisions de croissance du Gouvernement et la moyenne de celles des économistes indépendants observé au début de la présente décennie était plus prononcé qu'aujourd'hui, mais de l'ordre des révisions moyennes opérées au fil du temps par l'ensemble des instituts. Les révisions de ces prévisions de croissance se répercutent par ailleurs directement sur les prévisions relatives au solde des administrations de sécurité sociale (*cf.* tableau 9 pour les exercices 2008, 2010, 2012 et 2014). Cet impact tient notamment à l'évolution des hypothèses d'emploi et de masse salariale, qui ont des incidences majeures directes sur les recettes des comptes sociaux, et dont la chronique est présentée *infra* (§ II.4.2). A partir de 2009, les révisions des prévisions concernant les administrations de sécurité sociale ont à cet égard été très importantes : -1,65 point pour 2009, -1,2 point pour 2011, +1,3 point pour 2013. S'agissant de ces deux derniers exercices, on note que les projets de lois de finances pour 2012 et 2013 traduisent un redressement sensible, qui s'explique par les mesures prises dans les lois financières notamment en matière de recettes.

Tableau 9
Révisions successives des perspectives gouvernementales
relatives au solde des administrations de sécurité sociale (en % du PIB)

Exercice (N)	2008	2010	2012	2014
Programme de stabilité N-3 / N	0,1	0,0-1,0	0,5-1,0	-0,1
Programme de stabilité N-2 / N+1	0,0-0,3	0,3-0,5	-1,3	-0,5
Programme de stabilité N-1 / N+2	0,1-0,2	-1,9	-0,7	-0,4
Projet de loi de finances pour N	0,0	-2,3	-0,4	-0,3
Projet de loi de finances pour N+1	0,0	-1,7	-0,5	-0,3
Compte provisoire (mars N+1)	0,0	-1,2	-0,6	-0,4

Source : programmes de stabilité, projets de lois de finances, comptes nationaux.

Note : En 2004, 2006 et 2008, les programmes de stabilité présentés par le Gouvernement en septembre retenaient deux scénarios « haut » et « bas » de croissance.

II.4.2. Des écarts persistants entre les prévisions gouvernementales et celles d'autres organismes concernant des indicateurs importants pour les comptes sociaux

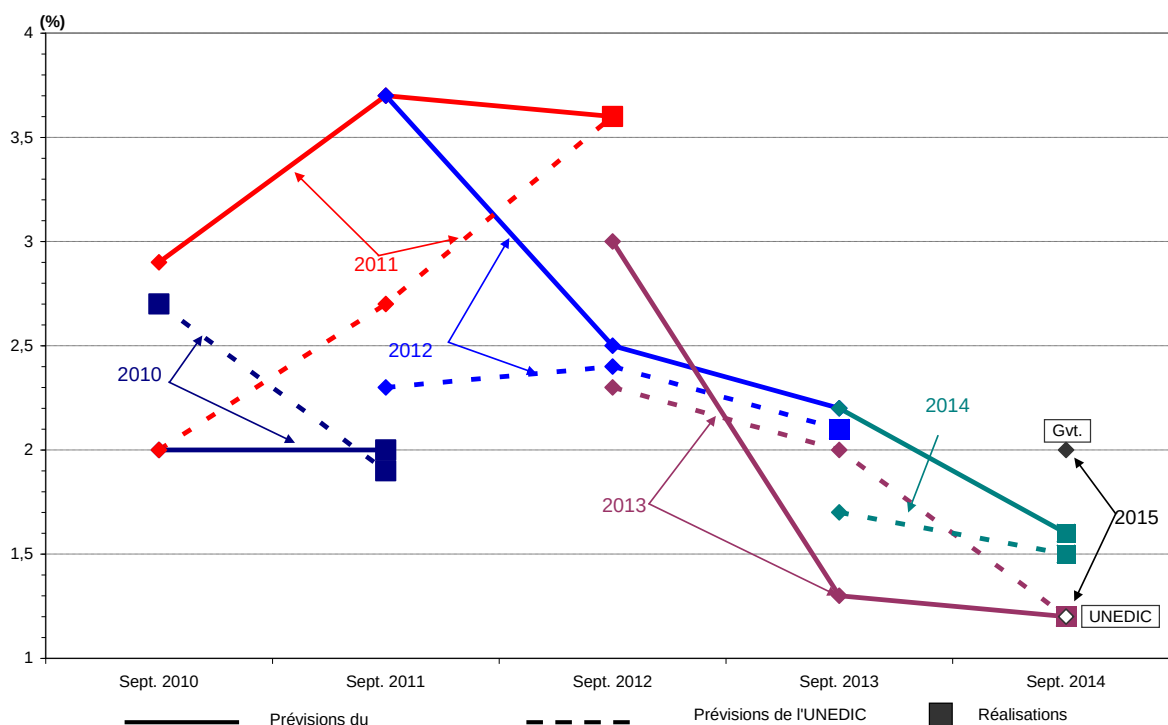
Dans le champ de la protection sociale, ce sont comme on l'a indiqué précédemment des grandeurs telles que la masse salariale du secteur privé, et la décomposition en son sein entre l'emploi et le salaire moyen par tête, qui jouent un rôle directeur dans l'évolution des recettes des régimes. Dans ce domaine, les hypothèses gouvernementales sont intégrées aux prévisions des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale et à celles associées aux lois de financement de la sécurité sociale. De son côté, le régime d'assurance chômage réalise ses prévisions financières sur la base de ses propres hypothèses, qui reposent d'une part sur le consensus des économistes, et d'autre part sur des évaluations spécifiques de l'évolution des dépenses du régime.

Il est donc possible de comparer les hypothèses d'évolution de la masse salariale du secteur privé dans les prévisions des comptes des régimes de sécurité sociale et dans les notes de prévision financière de l'UNEDIC, ainsi que le partage de ces évolutions entre les tendances de l'emploi et celles du salaire moyen par tête dans ces évolutions. Le champ des affiliés au régime d'assurance chômage est en effet très proche du secteur privé dont l'ACOSS suit l'évolution de la masse salariale²⁷⁵.

S'agissant de la masse salariale du secteur privé prise globalement, le graphique 4 ci-dessous compare les prévisions faites en septembre par le Gouvernement et l'UNEDIC pour les années en cours et suivante, concernant les exercices 2010 à 2015.

²⁷⁵ Il existe quelques discordances entre la masse salariale du secteur privé au sens de l'ACOSS et au sens de l'UNEDIC : en particulier, cette dernière inclut les salariés au service de particuliers employeurs et certains agents non titulaires des fonctions publiques territoriale et hospitalière.

Graphique 4
Prévisions du Gouvernement et de l'UNEDIC
pour l'évolution de la masse salariale du secteur privé en valeur



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, UNEDIC.

Il apparaît au vu de cette comparaison que les prévisions faites en septembre pour l'année à venir par l'UNEDIC ont été systématiquement plus prudentes que celles du Gouvernement, ce qui a conduit le régime d'assurance chômage à mieux anticiper les évolutions de 2012, 2013 et 2014. En revanche, cette prudence l'a conduit à réviser fortement ses prévisions relatives à l'exercice 2011, et à retenir pour 2015 une prévision qui pourrait être jugée modeste d'évolution de la masse salariale en valeur (1%), mais pour l'instant maintenue dans les prévisions du mois de juin, une accélération étant anticipée pour 2016. Il apparaît ainsi que cette stratégie de prévisions prudentes peut être adéquate pour des exercices marqués par une certaine stabilité des évolutions (de 2012 à 2014) ou *a fortiori* par des risques d'aléas à la baisse, mais implique aussi d'anticiper les inflexions positives plus franches quand elles se manifestent, comme en 2011.

Une autre interrogation surgit à l'observation de la décomposition des évolutions prévisionnelles de la masse salariale privée entre emploi et salaire moyen par tête, retenues par le Gouvernement et l'UNEDIC pour les exercices 2014 et 2015 (cf. tableau 10). Pour 2014, les prévisions réalisées par le premier et la seconde en septembre 2013 pour le salaire moyen par tête se sont toutes deux avérées trop favorables, et ont dû être révisées en baisse d'un montant identique en septembre 2014. En revanche, le Gouvernement a surestimé l'évolution de l'emploi tandis que l'UNEDIC l'a sous-estimée, et c'est la convergence vers une valeur commune de -0,1% en septembre 2014 qui permet le rapprochement des deux prévisions de masse salariale.

Pour 2015, c'est la prévision relative au salaire moyen par tête (+1,9% pour le Gouvernement, +1,3% pour l'UNEDIC) qui est à l'origine de l'essentiel de l'écart total sur les prévisions de masse salariale effectuées en septembre 2014 (respectivement +2,0% et +1,2%). Les dernières prévisions présentées par l'UNEDIC en juin 2015 maintiennent pour cette année un écart avec celles du Gouvernement, dans le programme de stabilité d'avril 2015, mais aussi avec celles plus récentes figurant dans la note de conjoncture de l'Insee du 18 juin 2015, en ce qui concerne le salaire moyen par tête (respectivement, +0,9% et +1,4%), et par suite la masse salariale en valeur (respectivement, +0,9% et +1,3%), sachant que le Gouvernement et l'UNEDIC prévoient tous deux une évolution plus favorable, mais toujours inférieure pour l'UNEDIC (respectivement 2,7% et 2,1%).

Tableau 10
Décomposition des prévisions d'évolution de la masse salariale privé
du Gouvernement et de l'UNEDIC entre emploi et salaire moyen par tête
pour les exercices 2014 et 2015

	Gouvernement						UNEDIC					
	Prévision pour 2014			Prévision pour 2015			Prévision pour 2014			Prévision pour 2015		
	Emploi	SMPT(*)	Masse salariale	Emploi	SMPT(*)	Masse salariale	Emploi	SMPT(*)	Masse salariale	Emploi	SMPT(*)	Masse salariale
Sept. 2013	0,10%	2,10%	2,20%				-0,30%	2,10%	1,70%			
Sept. 2014	-0,10%	1,70%	1,60%	0,10%	1,90%	2,00%	-0,10%	1,60%	1,50%	-0,10%	1,30%	1,20%

(*) : salaire moyen par tête.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, UNEDIC.

S'agissant de grandeurs agrégées, dont la prévision ne nécessite pas une connaissance fine des mécanismes du marché du travail, et compte tenu de la source majeure de connaissance de la conjoncture de l'emploi et des salaires que constituent désormais les informations recueillies par l'ACOSS – laquelle est aujourd'hui au surplus chargée du recouvrement des cotisations sociales du régime d'assurance chômage –, il semblerait à cet égard logique que le partage de cette information par les administrations de l'État et par l'UNEDIC permette de rapprocher, ou à tout le moins de mieux éclairer leurs prévisions d'emploi, de salaires et de masse salariale.

III. Les questions que soulèvent les modes actuels d'élaboration des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale

Le panorama des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale dressé dans les paragraphes précédents révèle la diversité de l'information disponible pour le grand public et les acteurs politiques et sociaux. Si certains processus visent une plus grande transparence de la situation et des perspectives des comptes sociaux à court, moyen et long terme, l'examen fait aussi apparaître des complexités, des recouvrements ou des lacunes qui peuvent nuire à la compréhension de l'articulation entre eux des différents exercices de prévision, et donner *a contrario* l'impression d'une information en partie « brouillée ». Six questions peuvent à cet égard être soulevées.

III.1. Un besoin de prévisions économiques et financières relatives aux régimes sociaux en début d'année, portant sur l'exercice clos et l'exercice en cours, et prenant en compte les mesures votées dans les lois financières

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale, qui gouverne une part déterminante de l'évolution des agrégats financiers dans le domaine de la protection sociale, est adoptée à la fin de l'année, il faut attendre le rapport suivant de la commission des comptes de la sécurité sociale, en juin, pour disposer d'informations détaillées sur les comptes clos de l'exercice précédent et les prévisions afférentes à l'exercice en cours.

En effet, la publication de la loi de financement qui vient d'être adoptée ne permet d'accéder qu'à des informations assez agrégées sur les prévisions de dépenses et de recettes des différents régimes de sécurité sociale pour l'année achevée et l'année en cours : les agrégats de dépenses par risques, et la structure des recettes, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le régime général et les fonds de financement. Certes, en règle générale, les agrégats financiers de la loi de financement votée sont peu différents de ceux du projet de loi présenté par le Gouvernement, qu'il est possible d'approcher à l'aide des annexes informatives – non votées – à ce projet de loi. D'autre part, la Direction de la sécurité sociale rend public quelques jours après la promulgation de la loi un document intitulé « La LFSS en chiffres ». Puis, en février, la Commission des comptes de la sécurité sociale rend publique une note intitulée « Les perspectives financières des régimes de base de la sécurité sociale associées à la loi de financement », qui présentent les agrégats de dépenses et de recettes avant et après le vote de la loi, ainsi que l'impact des différentes mesures votées.

Par ailleurs, les Ministres chargés des comptes publics et de la sécurité sociale diffusent en mars, sous la forme d'un communiqué de presse, de premiers résultats du régime général et du FSV au titre de l'année écoulée²⁷⁶. Depuis cette année, ce communiqué est complété par une note de la Commission des comptes de la sécurité sociale réalisée à partir de la consolidation des données comptables établies mensuellement au fil de l'année²⁷⁷. Mais il faut cependant attendre la fin du semestre et la publication du premier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale pour disposer d'une présentation complète des comptes du régime général et des fonds de financement pour le dernier exercice clos et d'une nouvelle prévision pour l'exercice en cours. S'agissant des autres régimes de base de sécurité sociale, c'est le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre qui apporte les informations détaillées sur les réalisations de l'année écoulée et sur les prévisions pour l'année en cours.

²⁷⁶ Cf. communiqué de M. Michel Sapin, Ministre des Finances et des Comptes publics, de Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, et de M. Christian Eckert, Secrétaire d'État au Budget, du 17 mars 2015 : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/170315_-_CP_-_Comptes_Sociaux.pdf.

²⁷⁷ Commission des comptes de la sécurité sociale, « Comptes mensuels des organismes de sécurité sociale : situation au 31 décembre 2014 et résultat annuel 2014 », lettre n° 3, avril 2015.

Cette situation résulte de plusieurs contraintes. La principale est le processus de clôture puis de certification des comptes des régimes de sécurité sociale (la certification étant réalisée par la Cour des comptes pour le régime général et par des commissaires aux comptes pour les autres régimes et les fonds de financement), qui entraîne un arbitrage entre qualité et précocité des prévisions, la prise en compte des charges et des produits arrêtés par les organismes au titre de l'année écoulée contribuant évidemment à des prévisions plus précises pour l'année en cours, mais au prix d'un allongement du délai de leur réalisation. L'équilibre aujourd'hui trouvé, qui ne manque pas de justifications, consiste à publier rapidement et de façon résumée les prévisions associées à la loi de financement votée, sans attendre la clôture des comptes de l'exercice précédent, et à reporter à la fin du premier semestre la publication de données financières détaillées relatives au régime général et aux fonds pour les années écoulée et en cours intégrant les comptes arrêtés par les régimes, et au mois de septembre la mise à disposition de données au même niveau de détail pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

Il n'en demeure pas moins que, jusqu'en 2014, l'information sur le financement de la protection sociale se limitait au cours de la plus grande partie du premier semestre à la communication ministérielle de mars. Depuis cette année, la nouvelle publication de la Commission des comptes de la sécurité sociale relative aux comptes du dernier exercice clos à partir des données comptables mensuelles constitue un progrès en termes de mise à disposition d'informations plus précoces et plus détaillées, dont il serait souhaitable de prévoir l'enrichissement progressif.

III.2. Des calendriers parfois mal synchronisés qui conduisent à une articulation imparfaite des exercices de prévision à court, moyen et long terme

Comme on l'a décrit antérieurement, plusieurs règles juridiques commandent le calendrier et les horizons des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale :

- pour le court terme, les échéances prévues pour la publication des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, en juin et en septembre de chaque année, ainsi que, dans le domaine de l'assurance chômage, les prévisions financières selon les années bi- ou trisannuelles réalisées par l'UNEDIC ;
- pour le moyen terme :
 - le « semestre européen » qui débute avec la notification en mars à la Commission européenne des comptes nationaux de l'exercice écoulé et se poursuit avec la transmission en avril du « programme de stabilité », suivie par un débat d'orientation des finances publiques en juillet ;
 - la présentation en octobre des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir, éventuellement couplée à celle d'une loi de programmation des finances publiques, qui appelle toujours une révision des perspectives macro-économiques ;

- pour le long terme, la mission confiée par la loi au Conseil d'orientation des retraites de « produire, au plus tard le 15 juin, un document annuel et public sur le système de retraite, fondé sur des indicateurs de suivi » et, dans ce cadre, de réaliser chaque année des projections du système de retraite à horizon de vingt-cinq ans.

L'articulation de ces exigences conduit à fragiliser des exercices de projection à moyen et long terme, à la suite de la prise en compte des évolutions observées et des révisions des prévisions à court terme.

De plus, des événements particuliers, tels que l'examen par le Parlement d'une nouvelle loi de programmation des finances publiques ou de lois de finances ou de financement rectificatives ou une renégociation par les partenaires sociaux des accords relatifs à l'assurance chômage ou aux retraites complémentaires, peuvent augmenter le risque de multiplication rapide des prévisions économiques et financières. *A contrario*, en l'absence d'élaboration d'une nouvelle loi de programmation des finances publiques, une coexistence de perspectives financières distinctes, notamment dans le champ de la sécurité sociale, peut intervenir, au risque d'une certaine confusion (*cf. infra*, § III.5).

III.3. Des approches en comptabilité nationale et en comptabilités spécifiques dont la réconciliation n'est pas toujours aisée

Les dispositions des traités européens sur la surveillance mutuelle des finances publiques des États-membres de la zone euro imposent à ces derniers de présenter des perspectives financières exprimées selon les concepts de la comptabilité nationale, et faisant apparaître des trajectoires spécifiques aux trois sous-secteurs des administrations publiques (administrations publiques centrales, administrations publiques locales, administrations de sécurité sociale).

Cependant, ce sont les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, et les accords nationaux interprofessionnels relatifs à l'assurance chômage et à la retraite complémentaire, qui traduisent les perspectives relatives à ces différentes composantes des administrations de sécurité sociale. Leurs incidences s'expriment à travers les comptabilités spécifiques aux institutions concernées (comptabilité publique pour l'État, plan comptable unique des organismes de sécurité sociale pour la sécurité sociale, plans comptables spécifiques pour l'UNEDIC et l'AGIRC-ARRCO). A cet égard, le besoin existe d'une plus grande clarté et publicité à donner aux tables de passage entre les notions utilisées dans les comptabilités spécifiques et en comptabilité nationale, au-delà des explications données dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale qui ne portent que sur les exercices clos.

Des progrès appréciables ont été réalisés à partir de 2014 en matière de mobilisation des données comptables des régimes dans le processus d'élaboration des agrégats des comptes nationaux relatifs à la protection sociale, et en particulier du compte provisoire notifié à la Commission européenne en mars de chaque année. Cela a été permis par l'avancement d'une quinzaine de jours du calendrier de clôture des comptes des organismes de sécurité sociale.

Sans méconnaître les difficultés techniques qui ont dû être surmontées pour réaliser ce premier avancement de calendrier de clôture des comptes des organismes de sécurité sociale, il serait souhaitable que les régimes et les administrations poursuivent dans cette voie, au bénéfice d'une information financière plus précoce et plus lisible pour les acteurs économiques et sociaux et les citoyens.

La publication de données mensuelles sur les prestations sociales versées et les différentes recettes perçues par le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, en application des nouvelles règles européennes en matière de finances publiques, qui comme on l'a vu permettent de bénéficier dès avril d'informations financières sur le dernier exercice clos du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse, pourrait aussi favoriser l'anticipation progressive en cours d'année de certaines opérations d'inventaire qui sont réalisées aujourd'hui à la clôture des comptes, et ainsi permettre d'avancer encore cette dernière.

Par ailleurs, la Drees publie, actuellement au mois de mai de la deuxième année qui suit un exercice écoulé, en application du règlement européen sur le système européen des statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS), les comptes de la protection sociale²⁷⁸, qui constituent un « compte satellite » des comptes nationaux dont la vocation est de fournir une présentation détaillée de l'ensemble des opérations de protection sociale, y compris celles qui vont au-delà du champ des administrations de sécurité sociale (dépenses sociales de l'État et des collectivités locales, dépenses et recettes des dispositifs de protection sociale complémentaire facultative, par exemple). Les comptes de la protection sociale ont vocation à présenter de façon détaillée l'articulation pour un même exercice des agrégats financiers des principaux régimes – notamment ceux présentés dans les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale –, et les montants figurant en comptabilité nationale au titre des opérations de protection sociale réalisées par des administrations publiques. A cet égard, le calendrier actuel de publication, certes conforme au règlement européen « SESPROS » mais tributaire des délais de retraitement des données des comptes des régimes par la Direction générale des finances publiques et l'Insee pour les besoins de mise aux normes des comptes nationaux, peut aussi être questionné²⁷⁹.

III.4. Des prévisions des différents régimes qui font apparaître des discordances à différents moments du temps, liées à leurs calendriers ou à leurs hypothèses globales et spécifiques

Lorsqu'elles portent sur un même champ de la protection sociale – par exemple, la sécurité sociale ou l'assurance chômage –, les prévisions peuvent par ailleurs présenter des écarts pour des raisons autres que les différences des cadres comptables utilisés :

- les divers exercices peuvent ne pas reposer sur les mêmes hypothèses macroéconomiques ;
- ils peuvent mobiliser des informations plus ou moins détaillées pour modéliser les évolutions des dépenses et des recettes des régimes concernés ;
- les méthodologies de projection tendancielle peuvent être pour partie différentes ;
- même relevant de méthodologies similaires, ils peuvent incorporer des niveaux différents d'information selon la date à laquelle ils sont réalisés ;
- enfin, des mesures de politiques publiques en projet ou en débat peuvent le cas échéant être intégrées à certains scénarios.

²⁷⁸ M. Beffy, R. Roussel, J. Solard, M. Mikou, C. Ferretti (2015), « La protection sociale en France et en Europe en 2013 », Drees, document de travail, Collection « Études et Statistiques », mai.

²⁷⁹ Étant acquis que l'avancement de près de deux mois – de juillet à mai – réalisé en 2015 constitue toutefois d'ores et déjà un pas en avant important.

Sur le premier point, comme l'ont montré les développements précédents du § II.4, les hypothèses macro-économiques retenues constituent un facteur explicatif important des écarts entre les prévisions à court et moyen termes réalisés réalisées par les différents régimes. A titre d'exemple, si l'on compare les hypothèses macro-économiques retenues par le Gouvernement et l'UNEDIC, on a pu observer au cours des années récentes :

- que l'UNEDIC a retenu en moyenne des hypothèses moins favorables que celles du Gouvernement ;
- mais que les différents exercices ont eu la même difficulté à prévoir correctement les retournements prononcés de l'activité économique, de façon générale pour les retournements à la baisse, mais également, notamment en ce qui concerne l'UNEDIC, les retournements à la hausse.

Depuis plusieurs années, le Gouvernement retient des hypothèses économiques relativement proches à la fois du consensus des prévisionnistes en France et de celles établies par la Commission européenne. En outre, les hypothèses du Gouvernement doivent désormais faire l'objet d'un examen par le Haut Conseil des finances publiques, qui rend un avis sur lequel le Conseil constitutionnel peut le cas échéant se fonder pour apprécier la sincérité des lois financières. Ce rapprochement des hypothèses de prévision, et le contrôle qu'exerce le Haut Conseil des finances publiques sur leur transparence, peuvent être de nature à favoriser un renforcement du dialogue entre les administrations de l'État et les services de l'UNEDIC et le cas échéant des régimes AGIRC-ARRCO, en vue d'explicitier voire de réduire les écarts entre leurs hypothèses économiques respectives, en commençant par celles relatives à la croissance économique, et en poursuivant par celles qui déterminent plus directement l'équilibre des régimes sociaux de protection sociale (masse salariale du secteur privé, salaire moyen par tête, emploi, chômage).

S'agissant ensuite des informations spécifiques dont disposent les différents services de prévision, il est dans l'ordre des choses que les régimes de protection sociale bénéficient, au moyen de l'exploitation de leurs systèmes d'information de gestion, de données plus détaillées sur les mécanismes conduisant à déclencher des droits à prestations ou sur la dynamique des recettes, que les administrations centrales qui appréhendent, au mieux, directement des données comptables. C'est particulièrement le cas en matière d'indemnisation du chômage, où l'UNEDIC dispose de données fines lui permettant d'évaluer l'impact de mécanismes complexes, tels que les « droits rechargeables », sur l'évolution du taux de couverture des demandeurs d'emploi par le régime d'assurance ou le montant moyen des prestations. En matière de retraites, ainsi que la Cour des comptes l'a suggéré dans son rapport précité de décembre 2014, un meilleur partage des techniques de simulation des dépenses des régimes sur la base de micro-données statistiques pourrait par ailleurs être envisagé, seule la CNAV disposant pour l'heure de tels outils, ainsi que la DREES dans une optique « tous régimes ».

S'agissant enfin des calendriers des prévisions, tout d'abord à court-moyen terme, le « semestre européen » et le processus budgétaire conduisent à identifier deux temps forts dans l'année :

- le début du deuxième trimestre, avec la transmission en avril du programme de stabilité à la Commission européenne ;
- les mois de septembre et d'octobre avec la présentation des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale.

Sans méconnaître le risque que la présentation d'une loi de programmation des finances publiques ou de lois financières rectificatives n'ajoute d'autres échéances de prévisions économiques et financières, la question se pose d'un ajustement des différents calendriers de prévision limitant les possibilités de divergence des hypothèses économiques dues à la prise en compte d'informations disponibles à des moments différents de l'année.

Cependant, d'autres processus interviennent à l'heure actuelle en dehors de ces deux périodes, qui contribuent à la superposition des calendriers :

- la deuxième prévision financière annuelle de l'UNEDIC, en mai, soit quelques semaines après la transmission du programme de stabilité à la Commission européenne, étant noté que le calendrier des prévisions financières de l'UNEDIC va évoluer suite à la mise en œuvre du dispositif prévu à l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques ;
- la première réunion annuelle de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui intervient en juin, soit à une date où des révisions des hypothèses économiques pourraient être mises en œuvre au vu des indicateurs observés au second trimestre ;
- le débat d'orientation sur les finances publiques qui intervient en juillet, offrant également la possibilité d'une nouvelle révision des hypothèses économiques.

En ce qui concerne les projections à long terme, l'expérience des travaux de projections financières réalisés en 2013-2014 par le Haut Conseil du financement de la protection sociale a mis en évidence certaines difficultés d'articulation avec les projections antérieures du Conseil d'orientation des retraites, dans la mesure où ces projections n'étaient à l'époque réalisées que tous les cinq ans, et que les hypothèses économiques à moyen terme avaient été révisées dans l'intervalle. S'y ajoutent les travaux périodiques de la Commission européenne sur les conséquences du vieillissement de la population sur la soutenabilité des finances publiques, et les cycles de renégociation des accords de retraite complémentaire, qui introduisent d'autres échéances dans ce processus.

III.5. Une articulation de perspectives financières « structurelles » et effectives, qui peut brouiller la compréhension de l'articulation des perspectives financières annuelles et pluriannuelles

Les objectifs et engagements retenus par la France en matière de finances publiques s'expriment, en vertu des traités, directives et règlements européens, en termes d'amélioration du solde structurel des administrations publiques. Cependant, une partie des mesures qui concourent à cette variation du solde structurel dans le domaine de la protection sociale, sont décrites dans les lois financières et les accords collectifs relatifs à l'assurance chômage et à la retraite complémentaire et évaluées dans les prévisions financières des régimes en termes de montant effectif.

Ce double mode d'évaluation ne constitue pas forcément un problème en soi. Dans le domaine de la sécurité sociale et des retraites complémentaires, la composante conjoncturelle des évolutions des agrégats financiers porte essentiellement sur les recettes, ce qui implique de distinguer soigneusement la composante strictement discrétionnaire des évaluations qui s'y rapportent. Les présentations de l'impact des mesures en dépenses, telles qu'elles sont présentées dans l'annexe 9 aux lois de financement de la sécurité sociale, tentent de mettre en œuvre cette distinction.

Des informations de même nature sur les régimes complémentaires de retraite, pour lesquels on dispose déjà de prévisions tendanciennes pour les années en cours et à venir dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, seraient également utiles. Le cas de l'assurance chômage est plus complexe, car ce sont tout à la fois les recettes et les dépenses qui sont très fortement affectées par des fluctuations conjoncturelles (liées en dépenses aux variations du chômage découlant des cycles de l'activité et de l'emploi).

C'est pour cette raison que l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 demande désormais au régime d'assurance chômage de présenter des perspectives financières décomposant leurs composantes conjoncturelle et structurelle. L'indicateur de cadrage n° 2 du programme de qualité et d'efficience « Financement » annexé aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, qui présente le solde structurel d'une part des administrations de sécurité sociale, et d'autre part du régime général, s'inscrit également dans cette perspective, et contribue à améliorer la compréhension du passage des données financières brutes des régimes à l'identification de la composante structurelle de leur évolution, sous réserve du champ d'application de cette décomposition (*cf. infra*, § IV.2).

La question d'une clarification des exigences des différents processus législatifs et conventionnels peut de façon plus générale être soulevée à l'observation de la grande diversité des objectifs et prévisions associés aux lois de programmation des finances publiques et aux lois de financement de la sécurité sociale annuelles. Le risque existe d'écarts croissants au cours du temps entre les objectifs de dépenses de la loi de programmation des finances publiques et les lois de financement de la sécurité sociale successives, accompagnés d'une perception brouillée de leur signification, dans la mesure où ils peuvent être dus pour partie à des facteurs soit ponctuels soit conjoncturels.

III.6. Des hypothèses concernant la dynamique des dépenses et des recettes des différents régimes pas nécessairement partagées entre le Gouvernement et les acteurs en charge du pilotage de ces dépenses

Les perspectives d'évolution des comptes des administrations de sécurité sociale décrites dans les programmes de stabilité, les lois de programmation des finances publiques et les rapports économiques, sociaux et financiers annexés aux projets de loi de finances incorporent des mesures en dépenses et en recettes portant sur les régimes qui appartiennent au champ des lois de financement de la sécurité sociale, mais aussi sur ceux qui sont hors de ce champ, c'est-à-dire le régime d'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire des salariés du secteur privé, dont la gestion et le pilotage sont largement autonomes dans le cadre d'accords nationaux interprofessionnels négociés par les partenaires sociaux.

Jusqu'en 2013, les comptes des régimes paritaires étaient implicitement inclus dans l'évolution prévue des dépenses, des recettes et des soldes des administrations de sécurité sociale, sans être spécifiquement identifiés ni faire l'objet de commentaires particuliers. En 2014, le rapport annexé à l'article 1^{er} de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 détaille la répartition entre les régimes de protection sociale de l'effort d'atténuation de dépenses pris en compte par la trajectoire des finances publiques envisagée par le Gouvernement et présentée au Parlement.

Ainsi, sur les 20 Md€ prévus de moindres dépenses des administrations de sécurité sociale cumulées pour les trois exercices 2015, 2016 et 2017, le rapport indique que 4 Md€ résulteraient d'efforts supplémentaires réalisés par l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire. Cette explicitation des mesures susceptibles de contribuer à l'atteinte des objectifs de moyen terme retenus pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale n'a toutefois pas donné lieu à un échange préalable avec les gestionnaires de ces régimes sur les objectifs financiers poursuivis et les voies empruntées pour les atteindre.

Cette situation présente une certaine parenté avec celle des administrations publiques locales, qui apportent une contribution importante au financement de certains dispositifs de protection sociale (cf. Encadré 4). L'État intervient sur leurs recettes au moyen des dotations qu'il détermine en lois de finances, sachant que les collectivités locales peuvent dans une certaine mesure faire évoluer leurs recettes propres, ou réorienter la répartition de leurs dépenses. Toutefois, un problème particulier se pose dans le cas des départements, qui jouent un rôle essentiel dans le financement du revenu de solidarité active et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées : il tient au fait que ces « allocations individuelles de solidarité » suivent des règles définies au niveau national, et que les collectivités départementales n'ont que peu de marges de manœuvre face à l'évolution tendancielle de ces dépenses, alors même que la part de la fiscalité propre a été réduite dans leurs ressources, au profit de dotations versées par l'État dont l'évolution suit celle de l'ensemble des dépenses des administrations centrales, et non la dynamique propre à ces dépenses sociales spécifiques (cf. Encadré 8).

Encadré 8

Les règles propres aux finances des collectivités locales

Aux termes de l'article 72 de la Constitution, les collectivités locales « s'administrent librement ». Cette liberté qui leur est reconnue se traduit par des règles particulières relatives à la construction et à l'exécution de leurs budgets :

- en premier lieu, les collectivités locales bénéficient de recettes fiscales propres qui « représentent ... une part déterminante de l'ensemble de leurs ressources » (article 72-2 de la Constitution) ;
- en second lieu, elles reçoivent en outre des dotations du budget de l'État ;
- lorsqu'une compétence nouvelle est transférée à une catégorie de collectivités locales, ou lorsqu'une compétence ancienne est étendue, l'État doit transférer aux autorités concernées des ressources nouvelles correspondant aux charges liées à ces compétences au moment de leur dévolution ou de leur extension (article 72-2 de la Constitution) ; il est à noter que, postérieurement à ce transfert ou à cette extension, une évolution rapide des charges correspondantes ne donne pas droit à une compensation budgétaire de la part de l'État en l'absence d'autre modification du périmètre de compétences ;
- enfin, les collectivités locales ne peuvent recourir à l'emprunt qu'afin de couvrir leurs dépenses d'investissement ; en conséquence, les budgets primitifs des collectivités locales doivent prévoir l'équilibre de leurs dépenses de fonctionnement par leurs ressources fiscales propres ou les dotations de l'État.

(suite Encadré 8)

Dans le cas des départements, les recettes avoisinaient en 2013 40 Md€, et se répartissaient à parts presque égales entre impôts locaux (52%) et dotations et participations (48%). Ces ressources couvrent l'ensemble des dépenses des départements, sans distinction entre les différentes fonctions. Ainsi, les dépenses sociales qui représentent plus de 60% des charges des départements (cf. Encadré 4 précédent) ne sont pas équilibrées par des recettes spécifiques, mais se partagent l'ensemble des recettes de ces derniers avec les autres compétences qu'ils doivent assumer (éducation, routes...), sachant que l'ensemble des dépenses de fonctionnement ne peut excéder le montant total des recettes. Il n'en reste pas moins que, sous l'effet du vieillissement de la population en ce qui concerne les dépenses en faveur des personnes âgées, et selon les années en fonction de la conjoncture économique en ce qui concerne le revenu de solidarité active, les dépenses sociales évoluent à un rythme tendancielllement plus rapide que les recettes des départements. Les tensions nées de cette divergence ont amené l'État et les départements à conclure en juillet 2013 un « pacte de confiance et de responsabilité » visant à diminuer et à mieux répartir le « reste à charge » incombant à ces derniers en matière de dépenses liées aux allocations individuelles de solidarité. A cette fin, ont été créés trois mécanismes financiers spécifiques : un dispositif de compensation péréquée entre départements financé par l'abandon par l'État des frais de gestion de la taxe foncière sur les propriétés bâties qu'il percevait jusqu'alors ; la création d'un fonds de solidarité des départements alimenté par un prélèvement de 0,35% sur les bases des droits de mutation à titre onéreux ; la faculté laissée aux départements de relever le taux de cet impôt jusqu'à 4,5%.

IV. Les voies d'une amélioration de la coordination des exercices de projections économiques et financières entre régimes de protection sociale

L'état des lieux qui vient d'être réalisé des prévisions économiques et financières existant dans le domaine de la protection sociale et les problèmes que soulèvent leur cohérence et leur articulation, suggèrent un certain nombre de pistes d'amélioration. Elles concernent :

- la clarification et l'amélioration de la disponibilité des informations sur les comptes de la sécurité sociale en début d'année (IV.1) ;
- une meilleure correspondance entre les calendriers et les horizons des projections des divers régimes afin de favoriser leur comparaison et leur discussion (IV.2) ;
- des questionnements sur la décomposition entre évolutions structurelles et conjoncturelles dans les différents exercices de projection, et sur le rôle dévolu en la matière aux différents textes législatifs de nature financière (IV.3) ;
- la mise en place de processus de concertation permettant d'explicitier les écarts éventuels entre les divers exercices de projection, s'étendant aux perspectives des dépenses sociales financées par l'État et les collectivités locales (IV.4) ;
- l'intérêt d'une extension éventuelle du champ des lois de financement de la sécurité sociale (IV.5).

IV.1. La clarification et l'amélioration de la disponibilité des informations sur les comptes de la sécurité sociale en début d'année

L'état des lieux des prévisions financières dans le domaine de la protection sociale réalisé dans les trois premières parties de ce chapitre (cf. § III.1) a fait ressortir le caractère à certains égards fragmentaire des informations disponibles sur les comptes de la sécurité sociale au cours du premier semestre de l'année. Ce constat est en particulier lié :

- au besoin incomplètement satisfait d'une diffusion la plus rapide possible après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale d'informations détaillées sur les prévisions financières des régimes obligatoires de base et les fonds de financement pour les années écoulée et en cours, qui incorpore l'impact des mesures adoptées par le Parlement ;
- à la situation peu transparente que crée la communication gouvernementale précoce – en mars - sur les comptes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année écoulée, et limitée aux seuls soldes des branches, sans mise à disposition immédiate d'autres données techniques, sachant qu'une attente de deux à trois mois est nécessaire pour la mise à disposition de données financières plus complètes relatives au même exercice et à l'exercice en cours, dans le rapport de juin de la Commission des comptes de la sécurité sociale ; depuis 2015 cependant, une amélioration a été introduite avec la diffusion au cours du mois d'avril d'informations sur les comptes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année écoulée, grâce à la consolidation des données comptables mensuelles.

Comme on l'a souligné précédemment, la contrainte que le processus de clôture des comptes au cours du premier trimestre de l'année impose à la réalisation de travaux lourds de synthèse financière rend les progrès nécessairement lents dans ces domaines. La question peut toutefois être posée de progrès similaires qui permettraient la diffusion plus précoce d'informations pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

Les développements antérieurs ont également mis en évidence l'intérêt que présenterait une poursuite des efforts entrepris depuis 2014 pour avancer le calendrier de la clôture des comptes des organismes de sécurité sociale. Progresser encore dans cette voie permettrait de répondre simultanément aux deux enjeux de documentation des résultats comptables de l'exercice écoulé et d'actualisation des prévisions associées aux lois de financement de la sécurité sociale qui viennent d'être votées. Cependant, les coûts d'ajustement des systèmes d'information et des processus comptables et les risques d'une dégradation de la qualité des comptes arrêtés que pourraient entraîner de nouveaux pas dans cette direction devraient alors faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Quant aux comptes de la protection sociale publiés annuellement par la Drees, qui constituent un outil précieux pour la compréhension conjointe des évolutions observées dans les comptes des régimes de protection sociale et en comptabilité nationale, leur publication plus d'un an après la clôture de l'exercice qu'ils décrivent reste tardive, malgré les progrès réalisés en 2015 pour l'anticiper. Une hypothèse qui pourrait être étudiée en vue d'une mise en œuvre progressive serait celle d'une première publication légère à l'automne N+1 pour l'exercice N, décrivant les emplois et les ressources des administrations de sécurité sociale, décomposés par régimes détaillés.

IV.2. Une meilleure correspondance des calendriers et des horizons des projections des divers régimes afin de favoriser leur discussion et leur comparaison

L'hétérogénéité des calendriers de publication des prévisions dans le domaine de la protection sociale a précédemment été soulignée comme un facteur de complexité et de confusion pour l'analyse partagée des perspectives financières des régimes sociaux. Cette hétérogénéité concerne d'une part les différents exercices de prévision réalisés par le Gouvernement, concernant l'ensemble des administrations de sécurité sociale et les régimes et fonds entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale, et d'autre part l'articulation des exercices réalisés par les régimes paritaires (assurance chômage, retraite complémentaire) avec l'ensemble de ces processus.

S'agissant des documents présentés par le Gouvernement, il serait souhaitable que ce soit au début du deuxième trimestre de l'année que se concentrent la publication de données sur les comptes des régimes de protection sociale pour l'exercice clos, la présentation du programme de stabilité qui réajuste la trajectoire financière des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble, et la réalisation de prévisions financières des régimes de protection sociale pour l'exercice en cours.

A cette fin, deux évolutions peuvent apparaître souhaitables, qui pourraient être mises en œuvre par étapes progressives :

- la communication plus précoce, déjà mentionnée ci-dessus, des résultats des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement pour l'année écoulée, les progrès étant particulièrement souhaitables pour les régimes autres que le régime général ;
- l'avancement du calendrier de la première réunion annuelle de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui fournirait des informations spécifiques à la sécurité sociale dans le prolongement de la présentation du programme de stabilité, intégrant en particulier la révision des hypothèses macro-économiques incorporée à ce programme.

Ce regroupement des différents exercices aux mois d'avril et mai aurait pour conséquence de priver d'intérêt effectif, tout du moins dans le domaine des comptes sociaux, le débat d'orientation des finances publiques actuellement programmé au Parlement au mois de juillet, ainsi que le rapport fourni à l'appui de ce débat. Cette étape du processus budgétaire pourrait alors être supprimée au profit du débat parlementaire au moment de la transmission du programme de stabilité, ce qui supposerait une modification de la loi organique relative aux lois de finances²⁸⁰.

En ce qui concerne les projections réalisées par le régime d'assurance chômage, le calendrier des notes de prévision financière de l'UNEDIC – en janvier, mai et septembre – de chaque année présente également un risque de non concordance avec les informations publiées par le Gouvernement.

²⁸⁰ Cette suppression supposerait alors de réexaminer le calendrier actuel de la procédure budgétaire de l'État, dans la mesure où les arbitrages sur les crédits alloués aux différentes missions de l'État, qui constituent la partie la plus importante du rapport présenté dans le cadre du débat d'orientation des finances publiques, interviennent plus tardivement.

C'était particulièrement le cas pour la note de prévision du mois de mai, qui à plusieurs reprises a pu s'appuyer sur des perspectives économiques différentes de celles du Gouvernement, parfois pour des raisons de calendrier.

Cependant, l'application à partir de cette année de l'article 29 de la dernière loi de programmation des finances publiques, qui crée un processus d'échanges entre le Gouvernement, le Parlement et l'UNEDIC au cours du mois de juin, entraîne une révision de ce calendrier. En effet, le régime d'assurance chômage a décidé dès cette année de décaler d'un mois ses deuxième et troisième prévisions financières annuelles, et en routine à partir de 2016 : elles interviendront ainsi en février, en juin et en octobre, sachant que la prévision de juin, associée au rapport de l'article 29 de la loi de programmation, comporte un horizon triennal qui lui conférera un caractère spécifique. Les deux autres prévisions, en février et en octobre, interviendront, pour la première en amont, et pour la seconde au moment de la publication des perspectives présentées par le Gouvernement, ce qui devrait contribuer à une meilleure cohérence des différents calendriers. En outre, ces prévisions reposeront sur les prévisions économiques issues du « consensus des économistes », qui, à ces nouvelles dates, auront pu intégrer les informations fournies par l'Insee dans ses notes de conjoncture de janvier, mai et septembre.

Il resterait éventuellement à examiner, dans la perspective de la pérennisation et de l'extension de ce processus, la pertinence de l'échéance du mois de juin pour la prévision pluriannuelle relative à l'assurance chômage. En outre et surtout, l'idée d'un allongement à un horizon plutôt quadriennal de la réalisation de ces prévisions apparaîtrait pertinente pour harmoniser cet exercice avec ceux relatifs aux administrations de sécurité sociale et aux régimes de sécurité sociale.

IV.3. Des questionnements sur la décomposition entre évolutions structurelles et conjoncturelles dans les différents exercices de projection, et sur le rôle des différents textes législatifs en matière financière

Les dispositions adoptées par les États-membres de l'Union européenne en matière de surveillance budgétaire mutuelle accordent désormais une importance centrale à la notion de solde structurel des administrations publiques et de chacun de leurs sous-secteurs. Si cette innovation traduit quant à son principe une amélioration de l'analyse de la situation des États-membres de la zone euro, en neutralisant l'effet de la conjoncture sur les recettes et les dépenses des administrations publiques, elle soulève, comme on l'a vu (cf. § III.5), des interrogations quant à son mode d'estimation et aux conséquences des révisions fréquentes et parfois de grande ampleur de la « croissance potentielle » qui sert à décomposer les soldes des administrations publiques entre leurs composantes conjoncturelle et structurelle.

Trois questions peuvent être en particulier posées, concernant :

- la recherche d'une transparence accrue en la matière, par l'élargissement de l'explicitation et de la mise en discussion, actuellement réalisées au sein du Haut Conseil des finances publiques, des hypothèses de croissance potentielle retenues par la Commission européenne et le Gouvernement, de leurs révisions au cours du temps, ainsi que des implications de ces dernières sur l'analyse de la situation des comptes publics ;
- la prudence à observer en matière de publication de soldes structurels dans des périmètres étroits de la protection sociale, comme le régime général (cf. l'indicateur de cadrage n° 2 du

programme de qualité et d'efficience « Financement ») ou l'assurance chômage (cf. le rapport prévu à l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques), dans la mesure où les soldes de ces régimes sont affectés par des transferts avec d'autres organismes ou avec l'État qui peuvent en altérer la signification économique ;

- la stabilisation éventuelle, ainsi que le recommandent certains économistes²⁸¹, de la prévision de croissance potentielle servant à calculer le solde structurel des administrations publiques relatif à l'année N à son état du printemps N-1, de façon à éviter un changement de l'appréciation de l'effort structurel mis en œuvre lors d'un exercice du seul fait de révisions rétrospectives de la croissance potentielle.

Par ailleurs, les documents associés aux différentes lois financières mêlent, quelle que soit la nature de ces textes, des projections en présentation « comptabilité nationale » et distinguant les évolutions structurelles et conjoncturelles, et des prévisions en comptabilités spécifiques des régimes et en euros courants. Par exemple, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 comporte, outre la trajectoire de convergence vers l'objectif de moyen terme pour le solde structurel des différents sous-secteurs des administrations publiques, des objectifs de dépenses effectives maladie et toutes branches à cet horizon. De leur côté, les lois de financement de la sécurité sociale continuent à présenter annuellement, dans leur annexe « B », des prévisions de dépenses, de recettes et de soldes par branche à horizon quadriennal. Cette allocation des différentes informations prévisionnelles peut paraître peu cohérente et source de confusion, du fait des écarts susceptibles d'apparaître, pour les mêmes agrégats, entre les perspectives initiales tracées par la loi de programmation, et les révisions annuelles de ces perspectives dans les lois de financement des années qui suivent, lesquelles traduisent elles-mêmes, parfois en les réajustant, les prévisions associées au programme de stabilité.

Une réponse à ces difficultés peut difficilement être envisagée dans le cadre des règles législatives actuelles, et appellerait une réflexion de plus long terme sur le contenu, l'utilisation et l'apport, du point de vue du débat démocratique et avec les acteurs sociaux, de chacun de ces différents véhicules législatifs, au regard de l'expérience passée. Le champ de ce débat, qui concerne l'ensemble des finances publiques, dépasse largement le cadre des seules administrations de sécurité sociale, et donc le champ de compétence du Haut Conseil du financement de la protection sociale. Néanmoins, deux voies d'évolution, résultant d'une réflexion propre au secrétariat général du Haut Conseil, peuvent être évoquées, à titre de premières hypothèses contrastées pouvant servir de base de réflexion, qui toutes deux impliqueraient la modification de dispositions organiques, avec des conséquences différentes pour le pilotage des finances publiques :

- une première voie de clarification consisterait à ne plus mentionner dans la loi de programmation des finances publiques de perspectives financières en euros courants, pour n'y laisser persister que l'objectif de moyen terme, la trajectoire « structurelle » associée, et des règles budgétaires générales²⁸² ; la loi de programmation verrait alors réaffirmée sa vocation à éclairer les évolutions structurelles de moyen terme ; ce serait dans ce cadre au

²⁸¹ A. Benassy-Quéré, X. Ragot (2015), « Pour une politique macroéconomique de la zone euro », note du Conseil d'analyse économique, n° 21, mars.

²⁸² Telles que relatives à la norme de dépenses du budget de l'État, aux « niches » sociales et fiscales, aux dotations aux collectivités locales, à de grands postes des dépenses sociales comme l'ONDAM, et aux modalités de coordination du pilotage des différents centres de responsabilité budgétaire.

sein de l'annexe « B » à la loi de financement de la sécurité sociale que seraient explicitées chaque année à la fois la trajectoire financière effective de moyen terme des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds de financement, et sa cohérence avec les objectifs des administrations de sécurité sociale fixés dans la loi de programmation des finances publiques en vigueur ;

- une voie alternative pourrait consister à prévoir une révision annuelle de la loi de programmation des finances publiques, reprenant les perspectives financières associées au programme de stabilité établi chaque année en application du cadre budgétaire communautaire ; c'est dans ce nouveau cadre que seraient alors insérées les perspectives financières à moyen terme de l'ensemble des composantes des administrations de sécurité sociale en euros courants : régimes obligatoires de base de sécurité sociale, assurance chômage, régimes de retraite complémentaire ; l'annexe « B » à la loi de financement de la sécurité sociale deviendrait dès lors inutile, la loi de financement annuelle se concentrant sur les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes et de solde de l'année en cours et à venir ; une telle réorganisation permettrait de mettre en cohérence la loi de programmation des finances publiques et les programmes de stabilité, ce qui n'est pas le cas lorsque les perspectives financières « structurelles » des programmes de stabilité s'écartent au fil du temps de celles fixées initialement dans la loi de programmation ; l'articulation d'une telle réforme avec les obligations posées par les textes européens, et en particulier avec la mise en oeuvre du mécanisme de correction, devrait alors faire l'objet d'une étude spécifique.

Il convient cependant de mesurer que le choix de l'une ou l'autre des voies d'évolution peut avoir des conséquences sur le pilotage des finances publiques. Dans la première hypothèse, l'objectif de moyen terme resterait inchangé tant qu'une nouvelle loi de programmation n'est pas votée, la trajectoire associée comportant en principe une date fixe d'atteinte de cet objectif. Dans le second cas, la loi de programmation des finances publiques deviendrait de fait glissante, avec possibilité de révision annuelle de la trajectoire « structurelle » de moyen terme, dans une correspondance plus étroite avec le programme de stabilité établi et révisé lui-même chaque année.

IV.4. La mise en place de processus de concertation permettant d'explicitier les écarts éventuels entre les divers exercices de projection, s'étendant aux perspectives des dépenses sociales financées par l'État et les collectivités locales

Une orientation plus immédiate pour accroître la transparence des exercices de prévision financière dans le domaine de la protection sociale pourrait consister à organiser un processus de concertation entre les administrations ou régimes réalisant ces prévisions, en sorte d'en expliciter les écarts. Un besoin existe en particulier d'un espace de discussion sur les hypothèses macroéconomiques sous-jacentes aux prévisions, que l'examen des hypothèses du Gouvernement réalisé par le Haut Conseil des finances publiques ne comble pas intégralement, dans la mesure où a été supprimé le lieu de discussion publique que constituait dans son organisation antérieure la Commission économique de la Nation.

Si la conférence des finances publiques prévue par la loi de programmation des finances publiques offre potentiellement un lieu d'échanges entre les acteurs ayant la responsabilité politique des différentes catégories de dépenses (Gouvernement, élus locaux, partenaires sociaux au titre de leur responsabilité des accords collectifs relatifs aux régimes paritaires de protection sociale), il semblerait à cet égard pertinent de lui adjoindre une ou plusieurs instances techniques, qui

pourraient le cas échéant être adossées aux institutions existantes (Haut Conseil des finances publiques, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Commission des comptes de la sécurité sociale...), et qui auraient pour missions :

- de permettre la discussion et le rapprochement des hypothèses macro-économiques sous-jacentes aux diverses prévisions, dans une interaction à déterminer avec le processus de validation des hypothèses gouvernementales par le Haut Conseil des finances publiques ;
- d'harmoniser les méthodologies d'élaboration des prévisions concernant les régimes de protection sociale, d'explicitier les écarts entre elles, et de rendre publiques les analyses ainsi réalisées.

Au demeurant, la comparaison des prévisions financières pourrait être étendue aux champs des dépenses sociales incluses dans les budgets de l'État et des collectivités territoriales, et en particulier aux allocations individuelles de solidarité financées par les départements, qui, si elles ne relèvent pas du périmètre des administrations de sécurité sociale et sont régies par un processus spécifique de pilotage financier (*cf.* encadré 8), s'inscrivent dans les dispositifs mis en œuvre au titre de la protection sociale. Dès lors, l'Assemblée des départements de France pourrait être associée à l'instance technique proposée au paragraphe précédent, afin que cette dernière puisse conduire de façon concertée des analyses comparées entre les projections portant sur des domaines connexes (assurance chômage et RSA ; assurance maladie et aides aux personnes handicapées et âgées).

S'agissant des projections financières à long terme en matière de retraites, l'objectif devrait par ailleurs être de disposer d'une publication par le GIE AGIRC-ARRCO, comme le fait l'UNEDIC dans son domaine de responsabilité, des études techniques mises à la disposition des partenaires des négociations et des prévisions à long terme associées aux dispositions des accords, et de permettre leur discussion dans un cadre comparable à celui des projections du Conseil d'orientation des retraites.

Enfin, la réalisation de projections financières à long terme pour l'ensemble de la protection sociale pourrait être régulièrement renouvelée, à l'instar de l'exercice coordonné à l'automne 2013 par le Haut Conseil du financement de la protection sociale avec d'autres administrations ou instances de concertation.

IV.5. Quelles extensions du champ des lois de financement de la sécurité sociale ?

Un renforcement de la coordination des perspectives financières des différentes composantes des administrations de sécurité sociale pourrait enfin être recherché à travers un réexamen du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale, thème sur lequel le Haut Conseil du financement de la protection sociale a bénéficié d'une communication de la Direction de la sécurité sociale lors de sa réunion plénière du 6 mai 2015.

A l'heure actuelle, les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent porter, s'agissant des dispositions sur lesquelles le Parlement se prononce, que sur les recettes, les dépenses et les soldes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, donc à l'exclusion des régimes de protection sociale dont la responsabilité est assurée de façon paritaire par les partenaires sociaux.

En revanche, les annexes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) destinées à l'information du Parlement sans faire l'objet d'un vote peuvent traiter des dispositifs de protection

sociale dans un champ plus large : c'est en particulier le cas des programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS) qui comportent des indicateurs dont la portée est plus large que le cadre strict de la sécurité sociale, tels que le taux de pauvreté avant et après transferts ou le taux de remplacement des revenus d'activité par les pensions de retraite versées par les régimes de base et complémentaires.

Le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale n'est toutefois pas sans poser plusieurs questions :

- en premier lieu, il ne permet pas d'appréhender certains dispositifs sanitaires et sociaux dont le pilotage incombe aux pouvoirs publics et qui contribuent aux résultats des administrations de sécurité sociale : d'une part les relations financières entre l'assurance maladie et les établissements hospitaliers, d'autre part les transferts entre l'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les départements en matière de financement des aides à l'autonomie des personnes handicapées et âgées ; ainsi, les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent servir de véhicule législatif pour fixer des objectifs financiers aux établissements hospitaliers, ni pour modifier les règles relatives à l'allocation personnalisée pour l'autonomie ou à la prestation de compensation du handicap, dès lors que de telles mesures n'ont pas d'impact direct sur les comptes des régimes de sécurité sociale ; ce partage législatif peut paraître paradoxal, compte tenu de l'importance des concours que les régimes de sécurité sociale apportent aux hôpitaux publics et privés et à la prise en charge du handicap et de la dépendance ;
- en second lieu, les dispositions et les informations présentées dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale ne permettent pas d'y documenter de façon transparente l'articulation et la cohérence des perspectives financières des différents régimes de protection sociale avec les objectifs de moyen terme relatifs aux administrations de sécurité sociale dans la stratégie globale des finances publiques.

Plusieurs hypothèses d'évolution, à portée plus ou moins large ont à cet égard fait l'objet d'une présentation par la Direction de la sécurité sociale :

- en tout état de cause, et dans le prolongement de la procédure de concertation envisagée au § IV.4 précédent, un enrichissement des documents qui accompagnent à titre informatif la transmission du projet de loi de financement de la sécurité sociale au Parlement, notamment les programmes de qualité et d'efficience qui en constituent l'annexe 1, pourrait être réalisé ; des données complémentaires sur la situation financière des hôpitaux, sur le financement des dépenses en faveur des personnes handicapées et âgées, ou sur les perspectives financières de l'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire pourraient être fournies dans ce cadre ;
- une seconde hypothèse consisterait à compléter l'annexe « B » accompagnant la loi de financement de la sécurité sociale votée par le Parlement, de tableaux relatifs aux perspectives financières quadriennales de l'UNEDIC et des régimes obligatoires de retraite complémentaire ; l'objectif d'une telle insertion serait d'améliorer la cohérence entre les prévisions associées à la loi de financement et les perspectives financières relatives aux régimes paritaires que le Gouvernement mentionne par ailleurs dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle des administrations de sécurité sociale ; des modalités appropriées devraient alors être trouvées, eu égard aux compétences des partenaires sociaux quant au

pilotage de ces régimes, sur la concertation à opérer, ainsi que sur la présentation et le degré de détail des informations financières les concernant.

- il serait enfin envisageable d'insérer dans la loi de financement proprement dite des objectifs financiers relatifs aux domaines identifiés précédemment, approuvés par le Parlement :
 - s'agissant d'une part des déficits et de l'endettement hospitaliers ;
 - s'agissant le cas échéant des aides à l'autonomie, à propos desquelles il a pu être proposé de faire adopter en loi de financement un objectif de dépenses afférentes à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui servirait de cadrage à ses différents financeurs (régimes de sécurité sociale, CNSA, départements) ; une expertise juridique et une négociation avec les départements seraient toutefois indispensables en préalable à une telle initiative.

Ces différentes hypothèses passées en revue par la Direction de la sécurité sociale ont des portées différentes qui peuvent être débattues. Un objectif commun pourrait néanmoins être, au-delà de l'amélioration de la transparence et de la coordination proposée précédemment en matière de projections, d'inscrire les perspectives financières des différents régimes de protection sociale dans un cadre commun, indépendamment des responsabilités qui incombent à l'État et aux partenaires sociaux en matière de décision et de pilotage.

**Contributions des membres du Haut Conseil
du financement de la protection sociale**

Contribution de la Confédération générale du travail (CGT)

Dans la lettre de mission qu'il a adressée à la présidente du Haut Conseil du financement de la protection sociale, le Premier ministre a demandé au Haut Conseil de d'examiner un ensemble de questions distinctes, mais qui engagent toutes la conception même de la Sécurité sociale et plus largement celle de notre système de protection sociale.

C'est pourquoi il est apparu à la CGT qu'elle ne pouvait répondre à ces questions sans revenir fût-ce brièvement sur sa conception d'ensemble de la sécurité sociale.

C'est pourquoi, plutôt que de présenter une contribution chapitre par chapitre, la CGT a fait le choix de réaliser une contribution globale, resituant ainsi ses appréciations dans une cohérence d'ensemble.

En préambule, la CGT souhaite saluer le travail considérable réalisé dans le cadre de ce rapport, qui a permis d'approfondir un certain nombre de questions essentielles.

En premier lieu, l'approche de la CGT qu'elle a portée dans les débats du Haut Conseil, s'inscrit dans un objectif de reconquête de la Sécurité sociale qu'elle a réaffirmé dans ses récents congrès.

En cette année marquée par le 70^{ème} anniversaire de la création de la Sécurité sociale, celle-ci reste bien une idée neuve. Il convient de s'en inspirer pour faire face aux défis du 21^{ème} siècle, et non d'en changer les fondamentaux. Les transformations incontestables de la société doivent nous inciter à les approfondir, et non à changer de logique.

Les principes qui suivent guident notre réflexion.

- Le financement de la Sécurité sociale doit reposer sur les cotisations sociales. Celles-ci constituent un salaire socialisé et non un salaire différé.
- La démocratie sociale doit retrouver toute sa place au cœur de notre système ce qui implique de revenir à l'élection des Conseils d'administration des caisses de sécurité sociale. Les assurés sociaux doivent être réellement associés à la gouvernance du système, ce qui implique des évolutions importantes dans le mode d'élaboration des lois de financement de la Sécurité sociale.
- Nous partageons l'objectif de lisibilité des prélèvements et de simplification, mais celui-ci n'est pas un objectif en soi. La priorité est la garantie des droits des salariés, ce qui implique qu'ils aient tous les moyens de vérifier l'acquisition de ces droits, notamment sur leur fiche de paye.

C'est sur la base de ces principes que nous apprécions les principales propositions du rapport.

1. Les cotisations sociales doivent rester la base du financement de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. Par conséquent, nous ne partageons pas les analyses tendant à séparer de manière rigide ce qui relève des prestations contributives, et ce qui relève des prestations universelles. Par exemple, nous considérons que les

cotisations famille sont un élément du salaire socialisé, et que la baisse de ces dernières constitue une baisse des salaires. Nous ne pouvons donc adhérer aux propositions du rapport concernant une réaffectation des cotisations employeurs de la branche famille, et en particulier le transfert de l'ensemble des cotisations famille sur les régimes de retraite de base.

2. Dans cette même logique, nous sommes pour une transformation fondamentale de la CSG. Nous adhérons à la proposition du rapport de « promouvoir une redéfinition de la notion de cotisation en s'appuyant sur la décision du Conseil d'Etat de 1990 relative à la contribution sur les primes d'assurance automobile et sur la jurisprudence communautaire ».
3. La CGT s'est toujours opposée aux réductions de cotisations patronales, notamment aux exonérations dites « générales » portant sur les bas salaires. Nous avons par ailleurs toujours mis l'accent sur l'impact de ces exonérations, notamment en termes d'emploi, qui ne pourrait plus être appréciée, comme le note le rapport si cette proposition était adoptée. Par conséquent, nous ne pouvons adhérer à la proposition d'une « *barémisation* » des cotisations employeurs.
4. En revanche, la CGT propose une modulation des cotisations employeurs, tenant compte de la part des salaires dans la valeur ajoutée et des comportements d'emploi des entreprises. Nous notons que cette proposition est compatible avec la doctrine du Conseil constitutionnel, puisque, ainsi que le note le rapport, « le lien avec les prestations versées étant seulement indirect en matière de cotisations patronales, le principe du caractère essentiellement proportionnel des cotisations ne s'applique pas ».
5. Pour la CGT, une globalisation des cotisations pourrait en revanche être examinée. Nous avons toujours défendu le principe d'unité de la sécurité sociale. C'était l'une des raisons de notre opposition aux ordonnances de 1967. En revanche, ceci impliquerait que les assurés sociaux soient associés à la détermination de la répartition des cotisations et contributions entre branches par l'intermédiaire des Conseils d'administration des caisses nationales. Cette répartition devrait au minimum être réalisée par le PLFSS, et non déléguée au pouvoir réglementaire, ce qui repose la question du mode d'association des Conseils d'administration des caisses nationales à son élaboration.
6. Nous tenons à saluer la qualité de l'étude juridique de M. Jean-Luc MATT, qui constitue le chapitre III du rapport. Celle-ci permet d'importantes clarifications sur l'état actuel de la jurisprudence, à la suite notamment de la décision du Conseil constitutionnel du 6 août 2014 et de l'arrêt De Ruyter. Cette analyse doit nous inciter à poursuivre la réflexion, y compris dans la perspective d'une évolution du droit de la Sécurité sociale. Nous avons en particulier été frappés par l'analyse montrant que la notion de cotisation était une construction d'origine jurisprudentielle. Cela devrait inciter :

- A réfléchir aux moyens permettant au Parlement d'exercer pleinement la compétence qu'il tient de l'art.34 de la Constitution de définir les principes fondamentaux de la Sécurité sociale. De ce point de vue, la piste évoquée par M. Dutheillet de Lamothe « *consistant à définir dans une loi organique la notion de cotisation sociale* » nous paraît devoir être approfondie.
 - De même, il nous semble nécessaire de revenir sur le principe faisant de la CSG un impôt, en revenant sur le raisonnement consistant à conclure que ce qui relève de la solidarité nationale est forcément un impôt. La solidarité est un élément constitutif essentiel de la Sécurité sociale, et ceci n'est pas vrai seulement au sein d'un régime déterminé.
 - Il nous paraît nécessaire de remettre en question la jurisprudence sur le bouclier fiscal tendant à considérer comme confiscatoire un taux marginal d'imposition supérieur à 66%. Ainsi que le rappelle Thomas Piketty dans son ouvrage « *Le capital au 21^{ème} siècle* », des taux marginaux supérieurs à 90% ont existé dans le passé dans plusieurs pays.
 - Enfin, nous sommes préoccupés par le projet gouvernemental d'instituer un prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, qui risque de conduire à une fusion de cet impôt et de la CSG. Une telle mesure conduirait nécessairement à remettre en cause le principe d'autonomie des finances sociales, qui est l'un des fondements principaux de notre système de Sécurité sociale.
7. une réforme approfondie de la compensation retraites nous paraît nécessaire. Nous sommes en accord avec la proposition de suppression des 2 étages de la compensation, et nous approuvons l'idée que la compensation devrait s'appuyer sur la capacité contributive de chaque régime (c'est-à-dire la masse des cotisations). En revanche, nous estimons que les chômeurs devraient être exclus du calcul de la masse salariale des salariés.
 8. Le rapport évoque les mécanismes d'intégration financière qui se généralisent de plus en plus, le dernier exemple étant l'intégration au régime général du RSI décidée par la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale de 2014. Nous sommes partisans d'une simplification et d'une rationalisation de ces mécanismes d'intégration financière, qui aboutissent souvent en réalité à un financement des régimes intégrés (notamment de non-salariés) par le régime général. L'exemple donné par le rapport de la répartition de la CSG maladie, et qui aboutit (pour citer le rapport) à un « *équilibrage implicite de la part de la CNAMTS* » en est un exemple parmi d'autres. La manière dont a été traitée la question de la compensation de la suppression de la C3S, qui jouait le rôle de subvention d'équilibre du RSI risque de renforcer cette tendance
 9. S'agissant du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires, nous voulons d'abord souligner la qualité du chapitre, et en particulier l'analyse des expériences de l'UNEDIC et de l'ISU. Nous partageons l'essentiel des points

d'attention mentionnés dans le chapitre. S'agissant des préconisations, la CGT n'est pas opposée au contrôle d'assiette des cotisations par l'ACOSS, qui constitue son cœur de métier, à condition que la branche soit dotée des effectifs nécessaires à ce contrôle. En revanche, nous ne sommes pas favorables à un recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO par l'ACOSS, qui remettrait forcément en cause à terme la gestion paritaire. Par ailleurs, il nous paraît nécessaire de souligner l'importance de l'impact potentiel sur l'emploi dans les groupes paritaires.

10. La CGT a déjà attiré l'attention sur l'importance des conséquences de la nouvelle gouvernance de l'Union européenne sur la Sécurité sociale, et notamment de la procédure du semestre européen, qui conduit à un recul de la démocratie, comme l'a démontré la décision du Gouvernement français de modifier l'ONDAM 2015, pourtant voté par le Parlement, dans le programme de stabilité envoyé à la Commission. Pour remédier autant que faire se peut à cette situation, nous adhérons à certaines propositions du rapport comme l'avancement de la date de clôture des comptes des régimes et l'avancement du calendrier de la première réunion annuelle de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Nous sommes totalement opposés par ailleurs à la pratique gouvernementale visant à fixer a priori des objectifs d'équilibre financier au retraites complémentaires et à l'UNEDIC, en remettant ainsi en cause les principes du paritarisme qui gouvernent ces organismes. *A fortiori*, nous sommes hostiles à la proposition de faire figurer les prévisions de recettes, de dépenses et de solde de l'UNEDIC et des retraites complémentaires, et plus encore de permettre au Parlement d'amender cette annexe.
11. S'agissant de la simplification de la fiche de paye, nous partageons l'idée exprimée par le rapport qu'elle peut être soumise à des injonctions contradictoires, et notamment le risque que la simplification pour l'assuré se réalise au détriment de l'information du cotisant sur ses cotisations. Il est donc nécessaire de veiller à ce que des regroupements ne se traduisent pas par une perte d'informations. Dans cette optique, nous partageons les propositions du rapport sur la nécessité de faire apparaître les exonérations sur la fiche de paye (y compris le CICE), et sur la nécessité de » conserver aux salariés le bénéfice d'un degré d'information élevé sur la constitution de leurs droits sociaux et sur l'origine de leur financement.
12. Enfin, s'agissant du déploiement de la DSN, notre préoccupation est qu'elle puisse être utilisée pour mieux protéger les droits des salariés. Nous serons attentifs à qu'elle n'ait pas des conséquences négatives sous prétexte de normalisation, comme cela a déjà été le cas pour le calcul des IJ. En particulier, elle ne doit pas contraindre la capacité des partenaires sociaux, à négocier les primes qu'ils entendent mettre en place.

Contribution de la Confédération française du travail (CFDT)

Plusieurs questions distinctes sont posées dans ce chapitre.

La CFDT ne peut que partager le souci de transparence qui guide les recommandations visant à rapprocher les divers exercices de projection et d'harmoniser les méthodologies de leur élaboration. Elle souhaite également que les propositions d'enrichissement de l'annexe 1 des PLFSS exposées dans le texte soient satisfaites.

En revanche, compléter l'annexe B par des prévisions concernant l'UNEDIC et l'ARRCO-AGIRC à horizon quadriennal serait mettre un doigt dans un engrenage susceptible d'entrer en contradiction avec les prérogatives des partenaires sociaux puisque le Parlement a toute latitude d'amender cette annexe.

Contribution de la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)

Pour FO, les mêmes causes produisent les mêmes effets ; dans la partie V de ce rapport, nous avons exposé notre opposition à la solution politique d'absorption à terme de l'AGIRC ARRCO par le régime général.

Les pistes évoquées quant au périmètre des lois de financement de la sécurité sociale aboutissent à « inscrire les perspectives financières des différents régimes de protection sociale dans un cadre commun, indépendamment des responsabilités qui incombent à leurs gestionnaires en matière de décision et de pilotage ».

S'il ne peut y avoir d'ambiguïté pour FO quant à la légitimité du législateur en matière d'intérêt général, le domaine de la retraite complémentaire du privé, comme son nom l'indique, relève d'intérêts particuliers, au sens où l'ensemble de la population n'est pas concerné.

Ce qui a prévalu à la loi de 1972 est donc toujours d'actualité, et la légitimité accordée par le Parlement ne doit pas être remise en cause, uniquement pour satisfaire aux critères de convergence et autres TSCG ou encore « six-pack », élaborés eux dans des cercles et sur des bases (3% de déficit) dont nous cherchons encore la légitimité démocratique.

L'exemple le plus frappant reste à ce jour la communication par la France de ses perspectives de comptes publics, dans lesquelles se trouvait une « économie » de 2 milliards € sur les retraites complémentaires.

Somme qui n'a fait l'objet d'aucun échange avec la puissance publique, et a fortiori, d'aucune concertation.

FO rappelle que jusqu'à ce jour les régimes AGIRC et ARRCO n'ont jamais pesé sur les déficits publics, voire ont permis par l'affichage de leurs réserves d'améliorer la situation comptable à présenter à la tutelle européenne.

Dans ce contexte, FO ne retient pas non plus l'hypothèse selon laquelle « la discussion parlementaire de l'annexe B ne concernerait pas les paramètres (cotisations et prestations) influant sur l'équilibre financier de ces régimes, eu égard aux compétences de leurs gestionnaires actuels »

Pour ce qui concerne l'AGIRC et l'ARRCO, les interlocuteurs sociaux sont à la fois pilotes et gestionnaires, et FO entend que la situation perdure, cela s'appelle tout simplement le paritarisme, facteur de démocratie sociale et de responsabilité syndicale.

Contribution de la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Ce chapitre brosse un état des lieux très complet et éclairant des règles et pratiques en matière de prévisions économiques et financières et de données prévisionnelles disponibles.

Il relève que ces données « se distinguent par des champs, des méthodologies, des calendriers et des horizons différents » ce qui complexifie les analyses.

Cela s'explique notamment par le fait que certaines instances qui élaborent des prévisions économiques et financières dans le domaine de la protection sociale le font pour éclairer la prise de décision. Les scénarios utilisés reposent sur des hypothèses qui prennent en compte les contraintes auxquelles les décideurs sont soumis.

Ainsi, en ce qui concerne les régimes de retraite complémentaire, l'Agirc et l'Arrco, dans leur recherche d'équilibre financier sont contraints de prendre en compte tous les horizons temporels : le long terme car ces régimes doivent garantir des pensions complémentaires satisfaisantes pour justifier les cotisations des actifs et le court terme car ils ne peuvent pas s'endetter même dans la perspective de reconstitution de réserves à long terme. Les partenaires sociaux sont amenés à envisager des scénarios plus prudents que ceux envisagés par les pouvoirs publics relatifs aux régimes de base.

Dans le cadre de travaux préparatoires aux négociations, les partenaires sociaux étudient les projections élaborées par le GIE Agirc-Arrco pour évaluer les effets à court terme et à long terme des différents dispositifs. Dans le cas des travaux menés récemment, les simulations ont été faites sous l'hypothèse intermédiaire choisie par les partenaires sociaux (VAR 2) : Un taux de chômage de 7% à partir de 2030, un gain annuel de pouvoir d'achat des salaires de 1.5% à partir de 2035 et une évolution moyenne du salaire moyen en pouvoir d'achat sur 2014-2040 de 1.20%.

Deux autres scénarios ont néanmoins été élaborés par le GIE Agirc-Arrco: un plus optimiste dans le but de faciliter les comparaisons avec le scénario retenu par les pouvoirs publics, et un plus pessimiste qui prolonge par ailleurs le scénario de court terme de la commission européenne. Le scénario retenu par les partenaires sociaux pour les projections dans le cadre des négociations, présente l'avantage d'être intermédiaire et donc relativement prudent.

On constate d'ailleurs que dans les régimes complémentaires, il y a généralement peu d'écart entre les projections et les réalisations.

Par ailleurs, en réponse à la saisine du Premier Ministre, le rapport propose à la fin de ce chapitre plusieurs hypothèses d'évolution visant à étendre le champ des lois de financement de la sécurité sociale. La CFE-CGC n'est pas favorable à un encadrement des évolutions financières des régimes de retraite complémentaire dans les lois de programmations des finances publiques ou dans de futures lois de financement de la protection sociale. Nous estimons que les partenaires sociaux sont aptes à gérer les finances de ces régimes.

La seconde hypothèse proposée, nous semble tout particulièrement remettre en cause le pilotage des régimes de retraite complémentaires et de l'UNEDIC par les partenaires sociaux : présenter les perspectives financières (recettes, dépenses et solde) dans l'annexe B qui est, rappelons-le, votée par les parlementaires peut, si un amendement est voté, obliger les partenaires sociaux à prendre des mesures. Ce n'est ni plus, ni moins qu'une ingérence dans le pilotage des systèmes.

Or, le pilotage est guidé par une approche politique qui s'ajoute à l'approche comptable : les décisions prises sont issues d'un consensus entre chacune des parties prenantes.

Une coordination peut néanmoins être efficiente sur certains points quand elle permet d'éviter certaines incohérences mais chacun doit pouvoir garder son autonomie.

Pour conclure sur l'intégralité du rapport, la CFE-CGC salue le travail considérable effectué. En effet, le rapport examine des éléments techniques complexes utiles à la réflexion. Nous n'approuvons cependant pas la teneur des prolongements éminemment politiques qu'il propose et qui vont pour nombre d'entre eux dans le sens d'une réduction des prérogatives des partenaires sociaux tant au niveau de la négociation que de la gestion.

Enfin, le rapport valorise la progressivité des prélèvements, ce qui pénaliserait les classes moyennes, alors même que pour la CFE-CGC une baisse globale des prélèvements, en particulier ceux qui pèsent sur la classe moyenne, fortement touchée par la hausse des impôts ces dernières années, doit être la priorité.

Contribution du Mouvement des entreprises en France (MEDEF)

Le chapitre 6 du rapport du HCFiPS est relatif aux prévisions économiques et financières au champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Ayant constaté la diversité des acteurs de la prévision économique, la diversité des horizons et perspectives des projections des uns et des autres, l'absence de synchronisation des calendriers, les discordances liées des informations, l'utilisation de la notion de perspectives financières « structurelles », qui peut brouiller la compréhension de l'articulation entre les perspectives annuelles et pluriannuelles, le Haut Conseil propose des pistes d'amélioration de la coordination des exercices de projection économiques et financières entre les régimes de protection sociale.

Pour le MEDEF, plusieurs préoccupations doivent être prises en compte par les pouvoirs publics dans le cadre d'une éventuelle coordination des exercices de projections économiques :

- d'une part, un effort de transparence. Le fait de chiffrer les économies par rapport à la tendance naturelle de glissement des dépenses ne contribue pas à la transparence ; c'est vrai des dépenses d'assurance maladie où les économies annoncées ne sont en réalité qu'un infléchissement de la tendance ; c'est également vrai pour les dépenses vieillesse où les projections semblent systématiquement "oubliées" les régimes de fonctionnaires et les régimes spéciaux dans l'équation...;
- d'autre part, le respect de la liberté des acteurs en charge des régimes paritaires de protection sociale. Ils doivent bénéficier de toutes les informations publiques disponibles, doivent pouvoir solliciter les organismes publics, mais ils peuvent construire leurs prévisions et projections selon le calendrier et les horizons pertinents pour les régimes concernés. En contrepartie, il est légitime qu'ils rendent publics les éléments sur lesquels ils fondent leurs prévisions, parce que les régimes de protection sociale relèvent de l'intérêt général. L'obligation de transparence les concerne, comme l'Etat ;
- quant au champ des lois de financement de la sécurité sociale, le MEDEF refuse de voir transférer au Parlement une quelconque part de la gestion ou du pilotage des régimes paritaire de protection sociale dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Si le législateur peut juridiquement se saisir des régimes que les partenaires sociaux ont créés, qu'ils pilotent et gèrent sur un mode paritaire, il reste que toute intervention des pouvoirs publics, y compris du législateur, par la fixation de recettes, par des mesures en matière de dépenses ou par des règles relatives aux soldes techniques, serait d'une portée politique lourde. Le MEDEF serait donc opposé à toute mesure contraignante de la loi de financement de la protection sociale.

*

* *

A la demande du Premier Ministre en date du 21 octobre 2014, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a mené une réflexion sur la rationalisation de l'affectation des impôts et taxes à la protection sociale, sur la lisibilité des prélèvements sociaux, sur les modalités par lesquelles les capacités contributives des assurés pourraient être davantage prises en compte dans la détermination des prélèvements sociaux, sur l'architecture financière et la gouvernance financière d'ensemble des différents risques de la protection sociale et enfin sur le recouvrement des prélèvements sociaux.

Comme il y avait été invité, le MEDEF a apporté une contribution écrite sous forme de commentaires des différents chapitres. Les points évoqués dans ces contributions ne sont pas repris dans le présent commentaire.

Trois points importants restent à souligner.

- D'une part, il n'est pas possible d'engager la nécessaire réforme du financement de la protection sociale sans engager simultanément une baisse de la dépense publique. A défaut, l'on se contentera de chercher tous les voies et moyens d'augmenter les prélèvements sur ceux qui sont censés pouvoir le supporter, entreprises ou actifs les plus productifs, au risque de contribuer à l'effondrement de la compétitivité de notre économie et d'atteindre les limites de la solidarité acceptable par les ménages. La France dépense 6 points de PIB de plus que l'Allemagne pour la protection sociale. Les entreprises y contribuent au-delà de ce qui est légitime, c'est-à-dire des régimes qui ont un lien direct avec le travail ou qui relèvent de la solidarité professionnelle. Les contributions patronales représentent à elles seules 44% des recettes de la protection sociale.
- D'autre part, la préoccupation première, dans le cadre d'une réforme du financement de la protection sociale, doit être d'améliorer la compétitivité des entreprises françaises. Cela suppose non seulement de réduire la dépense sociale mutualisée (aujourd'hui 34% du PIB, le taux le plus élevé de l'OCDE), mais aussi de maintenir et prolonger la démarche engagée avec le Pacte de responsabilité. Il faut aussi moins de charges sur la totalité du spectre des salaires (combinaison des salaires compétitifs sur les bas salaires et sur ceux à forte valeur ajoutée est essentiel, si nous ne voulons pas que les entreprises embauchent à l'étranger). Le Haut Conseil a justement relevé que l'assurance maladie, au moins pour les prestations en nature, n'avait plus aucune dimension de solidarité professionnelle et que l'idée d'une assurance maladie universelle devait être étudiée. Il aurait dû souligner que le financement d'un régime universel ne saurait relever des cotisations sur les salaires, sauf pour ce qui concerne les prestations en espèce, et qu'il devrait être financé par l'impôt (CSG ou TVA). Dans le même sens, le financement de la branche famille, entièrement universelle, ne doit plus relever des cotisations sur le travail. La réforme a été engagée, elle doit être prolongée. En revanche les entreprises sont légitimes à contribuer par des cotisations sociales au financement des retraites de leurs salariés, au moins pour ce qui concerne la part réellement contributive de la branche vieillesse.
- Enfin, les déficits de la protection sociale, même s'ils ont « tendance à se stabiliser » comme note le Haut Conseil, restent à un niveau très préoccupant, et ils grèvent notre compétitivité par le poids de la dette. Le retour à l'équilibre doit être une priorité. Il faut se donner un horizon rapproché pour relever ce défi et cesser sans tarder d'alourdir la dette que nous laissons à nos enfants par notre incapacité à diminuer nos dépenses courantes.

Contribution de la Fédération syndicale unitaire (FSU)

La nouvelle saisine du Premier ministre en date du 21 octobre 2014 couvrait un champ très large puisque les questions que le Haut Conseil était chargé d'examiner portaient à la fois sur les enjeux de stabilité, d'équité et de simplification des prélèvements sociaux et sur leurs prolongements possibles en termes de pilotage et de gouvernance financière des différents régimes.

Les travaux du Haut Conseil ont été d'une grande densité pour répondre à une commande aussi ambitieuse et les auditions d'experts réalisées par le Haut Conseil pour approfondir de nombreuses questions spécifiques ont été très précieuses et riches d'enseignements.

La FSU a axé sa contribution sur quelques-unes des problématiques abordées dans ce rapport. Elle propose donc un texte global à insérer en fin de rapport plutôt qu'une multitude de contributions à insérer à la fin de chaque chapitre.

La FSU tient tout d'abord à rappeler qu'elle conteste le dogme de la réduction du « coût » du travail, un dogme qui traverse hélas l'ensemble de ce rapport. Elle a déjà indiqué dans ses contributions précédentes son complet désaccord avec la baisse (en vigueur ou programmée) des cotisations employeurs, une baisse compensée par une réduction drastique des dépenses publiques et/ou par une pression fiscale accrue sur les ménages. Elle continue de poser la question du financement de la protection sociale sous l'angle de la satisfaction des besoins sociaux, ce qui suppose de rechercher des recettes supplémentaires dans le cadre d'un autre partage des richesses.

Concernant le chapitre II, la FSU précise que la *simplification* des prélèvements sociaux peut être un objectif pertinent si on ne perd pas de vue l'objectif premier qui doit être celui de reconquérir un haut niveau de protection sociale pour tous les citoyens, ce qui suppose de revenir sur les reculs opérés et d'ouvrir de nouveaux droits. La préoccupation première des salariés porte en effet sur la constitution de droits sociaux durables et protecteurs. Et chacun sait que le consentement aux prélèvements sociaux est d'autant plus fort que ces derniers maintiennent ou créent des droits de haut niveau et qu'ils organisent des mécanismes de solidarité dans le cadre d'une répartition plus juste des richesses.

La FSU conteste le renforcement des allègements Fillon sur les bas salaires, la quasi suppression des cotisations employeurs au niveau du SMIC et la nouvelle étape (jusqu'à 3,5 SMIC) de baisse des cotisations famille prévue au 1^{er} janvier 2016.

Elle reconnaît que la création de barème(s) progressif(s) en substitution à l'affichage actuel de taux faussement proportionnels permettrait de gagner en lisibilité mais elle ne souscrit pas à l'idée, contenue dans le rapport, d'un barème progressif qui entérinerait le principe même d'exonération et/ou d'allègement dans la zone des bas salaires.

La FSU considère que c'est l'ensemble des dispositifs existants d'exonérations et d'allègements qu'il faut revoir, en intégrant la problématique du CICE, parce qu'ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en matière d'emploi. Elle propose que soit explorée la piste d'une révision à la hausse de la part employeur des cotisations sociales, calculée sur l'ensemble de la valeur ajoutée de l'entreprise et modulée en fonction de sa politique en matière d'emploi, de salaires et d'investissement dans l'innovation et la recherche.

La FSU avait noté en juin 2013 l'intérêt de clarifier l'affectation des recettes fiscales aux régimes de protection sociale et regrette que les décisions d'affectation de recettes fiscales pour compenser le manque à gagner des mesures prises dans le cadre du Pacte de responsabilité n'aient pas tenu compte de certaines préconisations du Haut Conseil. Elle reconnaît qu'il était difficile pour le Haut Conseil de mener une réflexion sur la clarification du financement de la sécurité sociale alors que les modalités des compensations des étapes ultérieures du pacte de responsabilité n'étaient pas connues. Pour autant, on retrouve parmi les 3 scénarios actualisés de réaffectation des ressources entre régimes, branches et fonds (encadré n° 1), un scénario que la FSU avait fortement contesté en juin 2013 : celui qui consiste à transférer jusqu'à la totalité des cotisations patronales famille vers la branche vieillesse, à réduire d'autant les cotisations vieillesse à la charge des salariés et à augmenter la CSG au bénéfice de la branche famille. La FSU continue de contester cette option qui permettrait aux employeurs d'être entièrement exonérés du financement de la branche famille moyennant un transfert inacceptable vers les ménages via une augmentation de la CSG.

La FSU a trouvé particulièrement intéressant le chapitre III consacré au cadre juridique des cotisations et contributions sociales. Ce chapitre montre clairement toutes les difficultés liées au statut hybride de la CSG et à l'absence de définition juridique claire des cotisations sociales. La FSU a exprimé il y a deux ans son souhait que soit approfondie l'idée soulevée dans le rapport du Haut Conseil de juin 2013 que les prélèvements sociaux destinés au financement de la protection sociale soient requalifiés comme des cotisations et que ceux destinés à l'action publique soient requalifiés comme des impôts. Les développements compris dans ce chapitre III ne font que conforter sa demande.

Parmi les deux voies présentées d'évolution des prélèvements sociaux, la FSU récusé la seconde et choisit sans hésiter la première qui consiste à requalifier la CSG, la CRDS et les prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et de placement comme des *cotisations sociales*, au sens large de prélèvements qui financent la protection sociale.

La FSU a toujours contesté l'idée que seules les prestations à caractère contributif soient financées par des cotisations quand les autres le seraient par l'impôt. C'est pourquoi elle souscrit totalement à l'idée de privilégier, dans le cadre de cette requalification juridique, la référence à l'*affiliation* à un régime de sécurité sociale plutôt qu'à l'*ouverture de droits*. Cela serait cohérent avec le fait que certaines branches (maladie, famille) tendent vers l'universalité des droits.

La FSU ne saurait ignorer le fait que les dépenses de protection sociale dans leur ensemble (et pas seulement les prestations non contributives visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale) contribuent à la croissance et jouent un rôle distributif important mais elle ne considère pas pour autant que les cotisations sociales (au sens strict actuel) doivent être pensées *a priori* comme un outil de redistribution des revenus car c'est à l'impôt de jouer ce rôle. C'est pourquoi la FSU ne souscrit pas à l'idée même d'un barème progressif des cotisations sociales à la charge des salariés.

Dans le chapitre IV relatif à l'architecture financière des régimes de protection sociale, la FSU note avec intérêt la proposition de fusion des deux étages de la compensation actuelle entre les régimes de base d'assurance vieillesse et souhaite dans ce cadre que la fusion se fasse alors selon un critère contributif (scénario 2). Mais elle regrette que la prestation retenue soit la pension moyenne la plus faible constatée sur l'ensemble des régimes sans qu'il ne soit tenu compte des durées d'affiliation. L'objet d'un régime de retraite est bien de verser une pension qui soit cohérente avec la durée d'affiliation. Comme le COR l'a présenté dans ses travaux, la FSU est favorable à la prise en compte des durées d'affiliation afin de refonder la compensation sur des bases plus pertinentes et saines car elle a le souci de ne tirer aucun régime vers le bas.

Faute d'expertise suffisante sur cette question, **la FSU n'a pas d'avis tranché sur les évolutions envisagées en matière d'architecture financière des régimes d'assurance maladie.**

Elle a pris note des coûts de gestion importants pour les caisses qu'entraînent les mutations de personnes d'un régime à l'autre et déplore les interruptions de droits qui peuvent en découler parce qu'elles sont préjudiciables pour les assurés. Mais elle n'est pas en mesure de se prononcer sur les différents scénarios alternatifs mis en avant dans le rapport.

Pour la FSU, le nombre d'organismes gestionnaires n'est pas la question première ; l'enjeu est d'abord celui de s'assurer que le droit universel aux prestations en nature est effectivement garanti à tous. Or, malgré les effets d'affichage, la couverture maladie universelle est loin de garantir aujourd'hui à tous les citoyens une prise en charge des soins qui correspondent à leurs besoins, et la dispense d'avance de frais est loin d'être une réalité pour les personnes aux revenus les plus faibles.

L'un des scénarios envisagés consiste à adopter le critère de résidence stable et continue comme principe d'affiliation au régime général. Il est ajouté que ne seraient couvertes par les autres régimes que les personnes ayant des droits ouverts au titre des prestations en espèces et qui en feraient la demande.

En tant qu'organisation représentative des fonctionnaires, la FSU entend rappeler ici qu'elle est attachée à la délégation de gestion du régime obligatoire des fonctionnaires par leurs mutuelles professionnelles (qu'elles soient référencées dans la Fonction publique d'État ou labellisées dans la Fonction publique territoriale), ce qui permet de concilier la gestion des prestations en nature et celle des prestations en espèces.

Bien que la question de l'assurance maladie complémentaire ne fasse pas partie des sujets débattus dans le cadre de ce rapport, la FSU saisit l'occasion qui lui est donnée

ici pour rappeler les effets pervers de la généralisation des complémentaires santé prévue dans l'ANI du 11 janvier 2013 et sa transposition dans la loi du 14 juin.

La généralisation prévue au 1^{er} janvier 2016 sera sans aucun doute une avancée pour les quelque 400 000 salariés du privé qui pourront bénéficier d'une couverture complémentaire santé. Mais elle permettra aussi à environ 4 millions de personnes, jusqu'ici assurées à titre individuel, de basculer dans un système de complémentaires collectives d'entreprises largement subventionnées. Le risque est grand de voir se rétrécir le périmètre de mutualisation de tous ceux que l'ANI et la loi ne concernent pas (fonctionnaires, retraités, chômeurs, étudiants...), ce qui ne peut que renchérir le coût de leurs assurances complémentaires individuelles. Ce serait fragiliser un peu plus les mutuelles de fonctionnaires qui sont lourdement taxées et qui reçoivent des aides dérisoires de la part des employeurs publics.

Cette généralisation risque en outre de favoriser de nouveaux désengagements de l'assurance-maladie obligatoire et de créer davantage d'inégalité en transférant une couverture financée sur un mode solidaire vers une couverture financée majoritairement par des primes indépendantes du revenu.

C'est pour la FSU un sujet de préoccupation majeure.

Concernant enfin le chapitre VI, la FSU tient tout d'abord à affirmer qu'elle ne se contente pas de constater, comme le fait le rapport, que toutes les lois financières de notre pays sont soumises aux règles européennes en matière de surveillance mutuelle des finances publiques (*TSCG, Semestre européen, six pack et two-pack...*). Elle s'oppose aux traités européens qui gravent dans le marbre une politique économique libérale et qui dessaisissent les peuples de leurs droits démocratiques. Elle récusé donc la mise sous tutelle de notre Parlement par le *Semestre européen* qui permet à la Commission européenne et au Conseil des chefs d'État et de gouvernement de surveiller tous les projets de budgets nationaux, d'émettre des « recommandations » avant que les Parlements nationaux n'aient eu l'occasion d'en discuter, voire de procéder à des sanctions en cas de déséquilibres « excessifs » constatés alors que ces « recommandations » ne sont pas respectées.

La FSU ne fait pas partie des organisations qui participent au pilotage de l'UNEDIC ou de l'AGIRC-ARRCO. Elle n'est donc pas directement concernée par les propositions qui sont faites pour faire évoluer le champ des lois de financement de la sécurité sociale. Elle n'en conteste pas moins avec force la proposition qui consisterait à insérer dans la LFSS des objectifs financiers relatifs à l'assurance chômage et aux retraites complémentaires et à les soumettre à l'approbation des parlementaires. Elle considère en effet que cela dessaisirait les partenaires sociaux de leurs prérogatives.

La question se pose en revanche différemment pour les aides à l'autonomie qui sont susceptibles de concerner tous les citoyens, qu'ils soient salariés ou non. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la FSU demande la création d'un droit universel - sans condition d'âge ou de ressources - à compensation de la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale dans le cadre des branches existantes de la sécurité sociale. Elle propose aussi que la convergence avec la prise en charge des situations de handicap des moins de 60 ans soit réalisée dans ce cadre.