

FICHE 9 - LE SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE

En 1945, les bâtisseurs du système français de Sécurité sociale poursuivaient un triple objectif: unité de la Sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts sous la double influence du rapport Beveridge de 1942 et du système bismarckien.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 met en place un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée et ne l'est toujours pas.

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. **La loi du 22 août 1946** étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et **la loi du 30 octobre 1946** intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront. Les principes de 1945, dont certains n'ont pu être appliqués rapidement, entreront progressivement dans les faits. L'unité administrative de la Sécurité sociale n'est toujours pas achevée mais plusieurs évolutions contribuent à la renforcer. La généralisation de la couverture à toute la population a été poursuivie.

Le régime général de Sécurité sociale a fait l'objet de plusieurs réorganisations par **l'ordonnance du 21 août 1967** instituant les trois caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS, CNAF) et l'ACOSS, **la loi du 17 décembre 1982** et **l'ordonnance du 24 avril 1996** instituant notamment des conseils de surveillance auprès des caisses nationales et des unions régionales de caisses d'assurance maladie.

I - LES INSTITUTIONS DU SYSTEME

A - LES REGIMES ET LES BRANCHES

Le système français actuel est organisé en régimes. Cette notion a longtemps été considérée comme indissociable de l'organisation nécessaire à la gestion des risques ; mais depuis la réforme de 1996, c'est la notion de branche définie par rapport au risque social qui transcende les régimes et permet de fixer dans les lois de financement de la Sécurité sociale les objectifs financiers.

a) Les régimes

L'ordonnance du 4 octobre 1945 a créé le régime général de Sécurité sociale - régime unique couvrant plusieurs branches : maladie ; maternité ; décès - invalidité ; accidents du travail et maladies professionnelles ; vieillesse et prestations familiales.

Le système se compose de **régimes dits de base, obligatoires** pour les personnes visées par la loi.

REGIMES	PERSONNES PROTEGEES
Régime général et régimes spécifiques rattachés	salariés de l'industrie et du commerce , artisanat , services personnes assimilées par souci d'universalisation (ministres du culte, étudiants , stagiaires de formation professionnelle...)
Régimes spéciaux	fonctionnaires - mineurs - personnel SNCF EDF GDF RATP
Régime agricole	régime des salariés agricoles régime des exploitants agricoles
Régimes autonomes	professions indépendantes et libérales

Des régimes complémentaires viennent prolonger la protection sociale et combler ses lacunes. Les uns sont *obligatoires* comme certaines institutions de retraites complémentaires, en particulier :

- ARRCO (association de régimes de retraites complémentaires) qui regroupe la majorité des salariés du secteur privé
- AGIRC (association générale des institutions de retraite des cadres) pour la partie de leur salaire au-dessus du plafond
- IRCANTEC (institution des retraites complémentaires des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales)

Les autres ne sont *pas obligatoires* : ils relèvent du choix individuel et échappent au cadre habituel de la Sécurité sociale.

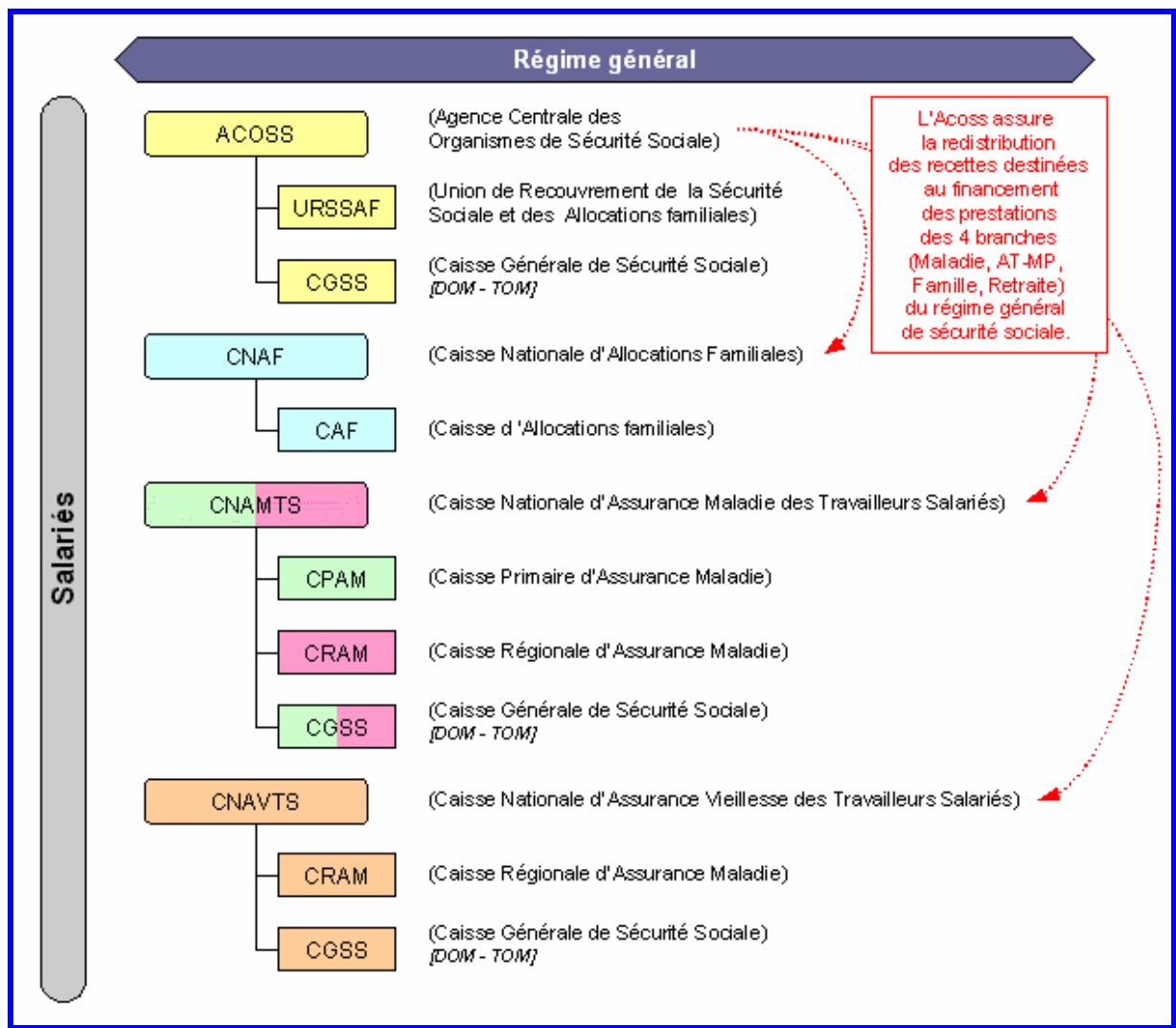
b) Les branches

L'ordonnance du 21 août 1967 a permis de distinguer au sein du régime général quatre branches réparties au travers de trois caisses : la CNAV pour la retraite, la CNAM pour les branches maladies et accidents du travail et la CNAF pour la famille.

L'administration du régime général repose sur un ensemble d'institutions ordonnées par branche de risques auxquelles s'ajoutent les organismes de recouvrement. Ces quatre branches se composent de 500 organismes de base dotés de conseil (dont 128 CPAM, 122 CAF, 104 URSSAF et 16 CRAM). La carte des organismes dotés de conseil date, sauf modifications à la marge, de 1945. Elle n'a donc pas pu tirer toutes les conséquences des profondes évolutions démographiques, économiques et sociales intervenues depuis. On peut parler d'un réseau pléthorique, sauf pour la branche vieillesse.

Les cloisonnements entre les branches se superposent donc aux cloisonnements entre les régimes. Ainsi, la même tâche concernant un assuré (par exemple la saisie des données nominatives, de l'adresse, de la situation familiale...) est effectuée à de multiples reprises par

des organismes différents, occasionnant des retards, augmentant les possibilités d'erreur, dégradant les conditions du service rendu aux usagers et augmentant les coûts.



Le recouvrement des cotisations est assuré par les Unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (U.R.S.S.A.F.), organismes autonomes à compétence généralement départementale. Ces unions sont placées sous l'autorité de l'Agence centrale. Mais d'autres organismes concourent au financement de la Sécurité sociale.

B - LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT

a) La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

Elle a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996, pour une durée initiale de 13 ans et un mois. Portée à 18 ans et un mois par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998, cette durée a été finalement prolongée jusqu'à l'extinction des missions de la caisse par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.

La CADES a pour vocation de reprendre les dettes sociales.

b) La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Créée par la loi du 30 juin 2004, la CNSA a pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui assure, notamment, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux - accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - financés par l'assurance maladie.

c) Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Instauré par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999, afin de contribuer au financement des retraites, le FRR s'est vu confier une nouvelle mission en 2005, celle de gérer, pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020, 40% de la soulte versée par la caisse nationale des industries électrique et gazière.

d) Le Fonds de solidarité vieillesse

C'est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget ; il assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la Sécurité sociale.

C - LES ORGANISMES DE CONTRÔLE

a) La commission des comptes de la Sécurité sociale

Créée en 1979 et consacrée par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, la commission des comptes de la Sécurité sociale a pour mission d'analyser les comptes des régimes de Sécurité sociale. Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la Sécurité sociale avec l'État et tout autre organisme ou institution.

La Commission est présidée par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Elle se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président :

- la première réunion se tient entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de Sécurité sociale.

- la seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de Sécurité sociale y sont présentés et analysés par la commission.

Depuis la mise en place des lois de financement de la Sécurité sociale, la seconde réunion se tient vers le 20 septembre. Elle est consacrée à l'examen des comptes qui servent de cadre au projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

La commission reçoit communication des comptes des régimes de Sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année

suivante par les directions compétentes des ministères concernés qui assistent aux séances de la commission.

La commission est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la commission sont communiqués au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés, faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

b) Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Créé par la loi du 13 août 2004, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le gouvernement, le Parlement ainsi que les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

Il est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Ce comité est placé auprès de la commission des comptes de la Sécurité sociale.

Chaque année, avant le 1^{er} juin, il émet un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Si le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il saisit le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie. Ces dernières sont alors chargées de proposer des mesures de redressement - sur lesquelles le comité émet un avis en terme d'impact financier.

II - LA GOUVERNANCE DU SYSTEME

A - LA GESTION PARITAIRE

A l'intérieur des organismes de Sécurité sociale, les compétences sont réparties entre un conseil d'administration et un personnel de direction.

a) Le conseil d'administration

Il est composé de représentants désignés des salariés et des employeurs siégeant à nouveau à *parité* depuis la réforme de 1996, auxquels sont adjoints des personnes qualifiées nommées et des représentants de la Fédération de la mutualité française.

- **Au niveau local**, la composition des conseils est en général la suivante : huit représentants des assurés sociaux (deux CGT, deux CGT FO, deux CFDT, un CFTC, un CGC) ; huit représentants des employeurs ; deux représentants de la mutualité ou des assurances familiales ; quatre personnes qualifiées.

- **Au niveau national** le nombre des représentants est augmenté : treize représentants des salariés et treize représentants des employeurs ; trois représentants de la mutualité ; quatre personnes qualifiées.

La gestion paritaire a fait l'objet de nombreuses critiques, notamment du fait de la "syndicalisation" de la protection sociale. Elle est aujourd'hui remise en cause par le patronat qui menace de ne plus siéger dans les organismes paritaires en soulignant l'effacement de leur caractère professionnel au profit du renforcement du rôle de l'Etat.

Le conseil d'administration a certes pour mission de régler, par ses délibérations, les affaires de l'organisme. Toutefois, nombre des missions exercées par chaque organisme de Sécurité sociale, qu'il soit local ou national, relèvent de la compétence exclusive du directeur et non du conseil. Chaque réseau d'organismes est conduit ou piloté par une caisse nationale qui exerce des fonctions de contrôle sur les comptes et, plus particulièrement, sur les budgets. Ces caisses nationales ont également deux compétences propres : elles sont consultées sur tout texte de nature législative ou réglementaire relatif à leurs missions ; elles peuvent formuler toute proposition utile d'évolution de cette organisation

b) Le personnel de direction (directeur et agent comptable)

Le directeur et l'agent comptable sont investis de pouvoirs propres :

1° Le directeur

Il est nommé en Conseil des ministres pour les caisses nationales et par le directeur national après avis du conseil d'administration pour les caisses locales. Il est compétent en matière de gestion du personnel, d'organisation du travail, de présentation du budget, d'actions en justice.

2° L'agent comptable

Il est compétent pour l'exécution des décisions financières relatives à ces organismes.

B - LES RELATIONS AVEC L'ETAT

a) Des relations traditionnelles

1° La tutelle administrative

Elle s'exerce à la fois sur les personnes (le personnel de direction est nommé ou agréé par les autorités de tutelle ; les conseils d'administration peuvent être suspendus ou dissous) et sur les actes (procédures d'approbation, d'agrément, d'opposition, et plus particulièrement procédures d'annulation des décisions des organismes autres que nationaux après contrôle de la légalité et contrôle de l'opportunité financière).

2° La tutelle financière

Elle s'exerce sur les budgets et sur les comptes (compétence des trésoriers-payeurs généraux et de la Cour des comptes).

b) Des relations modernisées

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, des conventions d'objectifs et de gestion (COG) pluriannuelles conclues entre l'Etat et les caisses déterminent les engagements réciproques des parties. Ces conventions s'inscrivent dans le cadre des lois de financement votées chaque année au Parlement.

Elles ont pour but de formaliser, dans un document contractuel, la délégation de gestion du service public de Sécurité sociale aux organismes gestionnaires. Leur conclusion s'inscrit dans une démarche de modernisation du service public de la protection sociale. Elles obligent les caisses et l'État à s'engager sur des objectifs clairs et publics pour améliorer les performances des organismes de Sécurité sociale.

Signées pour une durée de quatre ans minimum, ces conventions réunissent cinq éléments essentiels : un pacte, une stratégie, une programmation des moyens, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, et une évaluation. Les conventions, qui sont signées par le président et le directeur de la caisse concernée et par les ministres de tutelle, sont déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales.

Les évaluations sont réalisées en cours ou en fin de convention pour apprécier les résultats atteints dans la mise en oeuvre des contrats entre la caisse nationale et les caisses locales ou pour évaluer certains thèmes spécifiques. Elles permettent de fournir au ministre chargé de la Sécurité sociale les informations lui permettant de mener à bien la négociation des conventions ultérieures et d'assurer, via les conseils de surveillance, l'information du Parlement sur le fonctionnement des organismes de Sécurité sociale.