

LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

Préface

Une réalisation résulte parfois d'un curieux concours de circonstances. Ainsi le texte de cette brochure sur la Protection sociale française a été dans un premier temps rédigé en anglais... avant d'être traduit vers le français !

La première « commande » a en effet été formulée par les conseillers sociaux auprès de nos Ambassades. Ils ont fait remarquer qu'ils manquaient cruellement d'une présentation en langue anglaise, courte et attractive, de notre système à l'intention de leurs publics naturels.

Le paradoxe est que cette brochure a également attiré l'intérêt de nombreux partenaires nationaux de l'ADECRI qui ont souhaité... qu'elle soit traduite en français et largement diffusée dans notre réseau.

Il est vrai qu'un tel document synthétique manquait, privilégiant une présentation thématique plutôt que structurelle. Cette approche a résulté du besoin de changer de point de vue, de convertir son regard dès lors que l'on s'adresse à un public extérieur.

Ce seul aspect justifiait que l'ADECRI traduisît cette brochure, tant il est vrai que l'on a toujours intérêt à s'efforcer de se voir à travers un regard étranger.

Aujourd'hui, face aux récentes et importantes réformes de notre système de Sécurité sociale - retraites en 2003, assurance maladie en 2005, mise en place d'un régime social des travailleurs indépendants en 2005 - il a paru pertinent à l'ADECRI de faire paraître une nouvelle édition de cette brochure présentant, à travers des données actualisées, les tendances et évolutions de la Protection sociale française.

Je ne doute pas qu'elle rencontre le même intérêt, sachant que depuis sa première édition, la Protection sociale en France a été traduite en chinois et en russe. Toutes ces versions sont disponibles et téléchargeables sur le site de l'ADECRI : www.adecri.org/.

Jean-Marie SPAETH
Président de l'ADECRI

SOMMAIRE

Introduction : La Protection sociale en France	9
Historique	9
Le système français aujourd'hui	12
Première Partie : Les soins de santé et l'assurance maladie	15
Introduction	15
I. Les soins médicaux	15
II. Les régimes d'assurance maladie	18
Les éléments clés de la réforme pour les assurés	18
A. Les régimes de base	21
1. Les prestations en nature	22
1.1 Le régime général	22
1.2 Le régime agricole	23
1.3 Le régime des professions indépendantes	23
2. Les prestations en espèces	24
2.1 Le régime général	24
2.1.1 Les prestations maternité	24
2.1.2 Les prestations maladie	24
2.1.3 Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles	25
2.1.4 Les prestations invalidité	26
2.2 Les autres régimes	26
B. Les régimes complémentaires	27
C. La Couverture maladie universelle (CMU.)	28
III. L'organisation	28

Deuxième Partie : L'assurance vieillesse	31
I. Les salariés du secteur privé	32
A. La retraite du régime général	32
1. La retraite	32
2. La pension de réversion	35
B. Les régimes complémentaires	35
1. Les droits propres	35
2. Les droits dérivés	36
C. Les retraites complémentaires non obligatoires	36
D. Les principes du régime de retraite du secteur agricole	37
E. La gestion	37
II. Les régimes autonomes d'assurance vieillesse des professions indépendantes	38
A. Les régimes de base	38
1. Les artisans, les commerçants et les industriels	38
2. Les professions libérales	39
B. Les régimes complémentaires	40
1. Les artisans, les commerçants et les industriels	40
2. Les professions libérales	40
III. Les régimes spéciaux : les fonctionnaires et les entreprises du secteur public	40
A. Les retraites	41
B. Les droits dérivés	41
C. Les retraites complémentaires	41
Troisième Partie : La politique familiale	43
Introduction	43

I. Les différentes catégories de prestations	44
A. Les prestations familiales proprement dites	44
1. Les aides à la petite enfance	44
2. Les aides aux familles progressant avec le nombre d'enfants	45
2.1 Les allocations familiales	45
2.2 Le complément familial	45
2.3 L'assurance vieillesse des parents au foyer	46
3. Les aides aux familles monoparentales	46
3.1 L'allocation de soutien familial	46
3.2 L'aide au recouvrement des pensions alimentaires	46
3.3 L'allocation de parent isolé	46
4. Les autres aides	47
4.1 Les situations particulières	47
4.1.1 L'enfant handicapé : l'allocation d'éducation spéciale	47
4.1.2 L'enfant malade : l'allocation de présence parentale	47
4.2 L'allocation de rentrée scolaire	47
B. Les aides personnelles au logement	48
C. Les prestations sociales	48
1. L'allocation aux adultes handicapés	48
2. Le revenu minimum d'insertion	49
II. L'organisation	49
Quatrième Partie : L'action sanitaire et sociale et les aides complémentaires	51
I. L'action sociale	51
II. La politique de revenu minimum	52
III. L'action sociale complémentaire	54

Cinquième Partie : L'indemnisation du chômage	55
Introduction	55
I. Les prestations chômage	56
A. Les prestations d'assurance chômage basées sur l'ancien salaire	56
B. Les prestations d'aide et soutien personnalisé à la recherche d'emploi	56
C. La « Solidarité »	57
II. L'organisation	57
Sixième Partie : Le financement des divers régimes	59
Introduction	59
I. Le financement des régimes obligatoires	61
A. Les principes organisateurs	61
B. Le système décisionnel	62
C. Le rôle de la branche recouvrement	63
II. Le financement des régimes non obligatoires	64
Annexes	65

INTRODUCTION : LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

Le système français de Protection sociale n'est pas aisé à décrire de manière concise.

C'est au long d'une centaine d'années qu'il a été façonné par divers facteurs sociaux, économiques et politiques.

Le développement d'une protection sociale dans les pays voisins, en particulier en Allemagne et en Grande-Bretagne a également joué un rôle important. Aujourd'hui, la Sécurité sociale française se compose d'un réseau complexe de régimes protégeant, en principe, l'ensemble de la population française, en lui apportant une palette diversifiée de prestations.

Historique

A l'instar des autres pays européens, la Révolution industrielle du 19^e siècle a eu un impact profond sur le développement de la société française. Pendant plusieurs décennies, une classe de travailleurs s'est constituée, entièrement dépendante d'un salaire pour assurer ses conditions de vie. Les risques professionnels associés à une industrialisation moderne ont augmenté. Dans la même période, un nombre croissant de personnes s'était déplacé, se coupant de leur communauté d'origine qui pouvait leur offrir diverses formes de soutien (religieux, familial ou bien associatif). En conséquence, ces groupes furent particulièrement vulnérables aux risques liés au vieillissement, à la maladie, aux accidents de travail ou au chômage. Les législations traditionnelles existantes, quand elles étaient applicables, n'étaient pas à même de leur venir en aide. Et même au cas où elles s'appliquaient, elles s'avéraient inefficaces face à ces situations où les rapports de forces étaient inégaux.

Les sociétés de secours mutuels se sont développées tout au long du siècle, prenant le relais des anciennes corporations abolies avec la Révolution en 1791¹. A la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, un système d'assistance sociale fut mis en place. Mais ce système, aussi utile qu'il fût, ne bénéficia qu'à une fraction de la population. Il était fondé sur des cotisations volontaires des salariés, et était considéré comme une assistance d'ultime recours pour des personnes tombées dans la misère à cause de la vieillesse, de la maladie, d'un accident de travail ou du chômage; ce système, en effet, n'assurait pas une protection adéquate pour la population contre les risques économiques et sociaux dus à la perte de revenu dans le cas où la personne ne pouvait plus travailler.

De nouvelles institutions qui pouvaient couvrir de manière adéquate les risques sociaux émergèrent lentement. Une loi promulguée en 1898 établit le principe de la responsabilité des employeurs de l'industrie en cas d'accident de travail.

¹ Les sociétés de secours mutuel ont été légalement reconnues en 1835. Le droit de s'organiser leur a été garanti par la loi de 1898.

De nombreux systèmes de protection couvrant certaines catégories de salariés (marins, fonctionnaires, mineurs, employés des chemins de fer), se développèrent mais la première tentative d'organiser un régime de couverture vieillesse pour l'ensemble des travailleurs échoua : une première loi promulguée en 1910, eut très peu d'impact.

Après la première guerre mondiale, la région d'Alsace-Lorraine, qui avait été annexée par l'Allemagne, fut rendue à la France. Un régime de Sécurité sociale, mis en place par l'Allemagne sous le chancelier Bismarck, servit de catalyseur pour son adoption en France. Après de longs débats, une Assurance sociale fut introduite avec la loi de 1930 protégeant les travailleurs de l'industrie et de commerce contre les pertes financières dues à la maladie, la maternité, le handicap, la vieillesse et le décès. Cette protection sociale était abondée par des cotisations également réparties entre les salariés et les employeurs.

Les allocations familiales furent créées à l'origine par certains employeurs dans le but d'attirer et de retenir la main-d'œuvre. Elles furent étendues à tous les travailleurs du secteur privé en 1932. L'effort pour soutenir les familles fut élargi par le régime de Vichy. Les allocations familiales furent d'abord étendues aux travailleurs agricoles (1936), puis aux employeurs de ce secteur (1938), et enfin à l'ensemble des salariés (1939).

Après la seconde guerre mondiale, l'extension d'un système de Sécurité sociale global fut lancée. Le nouveau schéma était influencé par le rapport Beveridge qui promouvait un système unique et universel, fondé sur la responsabilité de la société envers ses membres. En 1945, le régime général fut créé, avec pour mission de couvrir rapidement l'ensemble de la population².

Cependant, après une courte période d'unité nationale, les oppositions, s'appuyant sur des intérêts individualistes, réapparurent. Les assurés bénéficiant déjà de certains régimes n'étaient pas prêts à perdre les avantages acquis dans la participation à un régime unique. Ces régimes devaient être "temporairement maintenus". Les travailleurs indépendants, les commerçants et les artisans ne voulaient pas être regroupés avec les salariés et étaient inquiets des coûts potentiels engendrés par un régime unique. On leur garantit le droit de créer leurs propres régimes, fondés sur des niveaux de couverture inférieurs.

En 1947, le régime de retraite et de prévoyance des cadres fut institué par un accord interprofessionnel conclu entre les syndicats représentatifs des ingénieurs et cadres et les employeurs. En 1962, la majorité des salariés du secteur privé était couverte par une retraite complémentaire venant compléter la retraite de base de la Sécurité sociale.

² Bien que le Régime général de Sécurité sociale fut mis en place, de nombreux régimes spéciaux instaurés auparavant continuèrent de fonctionner, comme par exemple le régime pour les travailleurs du secteur agricole.

Durant la période de reconstruction d'après-guerre, le chômage semblait moins une menace qu'auparavant. En conséquence, l'assurance chômage, ne fut pas comprise dans le plan de Sécurité sociale de 1945-1946, mais fut créée beaucoup plus tard en 1958, dans le cadre d'un accord collectif interprofessionnel.³

Au même moment, des régimes de Sécurité sociale complémentaires furent mis en place et des régimes spéciaux indépendants furent maintenus ou créés. Le statut du régime général, en tant que principal fournisseur d'allocations en fut renforcé. En outre, afin de couvrir les employés du secteur privé, le régime fut étendu au cours des années à d'autres catégories de la population, tels que : les étudiants, les veuves de guerre, les orphelins et les handicapés. Les réformes successives ont également permis aux personnes qui auraient dû perdre leur droit aux prestations de continuer à bénéficier d'une couverture sociale, par la mise en place de conditions de plus en plus souples concernant les cotisations individuelles.

En 1978, l'ensemble de la population française fut éligible aux prestations familiales, sans condition d'emploi. Aujourd'hui, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) sert des prestations à toute personne éligible résidant légalement sur le territoire français.

L'assurance maladie s'est élargie de manière continue afin de couvrir progressivement l'ensemble de la population. La Couverture maladie universelle (CMU) mise en place en 2000 représente l'étape ultime de ce processus.

L'adhésion à une assurance vieillesse fut rendue obligatoire en 1972 pour l'ensemble des salariés. Un revenu minimum vieillesse fut également créé pour les personnes qui n'avaient pas suffisamment ou pas du tout cotisé auparavant.

³ De leur date de création à aujourd'hui, les retraites complémentaires et l'assurance chômage ont suivi un modèle de gestion où l'implication des partenaires sociaux est très importante, à la fois dans le champ de la gestion et de la prise de décision. En comparaison, les institutions de Sécurité sociale, qui ont toujours affirmé leur principe de gestion démocratique (avec un conseil d'administration composé à l'origine d'une majorité des représentants des syndicats représentatifs) demeurent toujours sous la tutelle forte de l'Etat.

Le système français aujourd'hui

Au cours des années, le système de Protection sociale français s'est constitué en une mosaïque complexe de régimes, obligatoires aussi bien que non-obligatoires, couvrant les différents risques. Bien qu'ils aient été à l'origine très différents, aussi bien du point de vue de leur gestion, des cotisations et de leur couverture, ces différents régimes sont devenus aujourd'hui très comparables au régime général. Cette tendance est surtout notable au sein des différents régimes spéciaux, en particulier en ce qui concerne le risque maladie.

Le régime général, est le principal régime. Il génère plus de la moitié de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale⁴ en France. Le régime de base de l'Assurance vieillesse⁵ couvre les salariés du secteur privé. Le régime de l'Assurance maladie⁶ couvre environ 80% de la population. Les prestations familiales s'adressent à toute personne répondant aux critères d'allocation, sans exiger en contrepartie le versement d'une cotisation salariale ou individuelle.

D'autres régimes, qu'ils soient de base ou complémentaires, fondés sur une base professionnelle, font également partie du régime général. Ils sont compris dans le premier pilier de la protection sociale obligatoire, couramment appelé « Sécurité sociale »⁷. Les plus importants des régimes fondés sur l'appartenance à un secteur d'activité sont : le régime agricole, les différents régimes des fonctionnaires et une série de régimes couvrant les professions indépendantes⁸. Le régime agricole (MSA) et les régimes qui lui sont liés, jouent le même rôle que le régime général. Ils sont responsables de la collecte des cotisations de leurs membres (les salariés et les employeurs agricoles et des organismes professionnels de l'agriculture) pour certains régimes. Ils remboursent certaines dépenses (liées à la maladie, la maternité, le handicap, les accidents de travail, la famille et la vieillesse, etc.). De même, ils sont responsables des actions de prévention d'action sociale et de prévention des accidents de travail.

Les institutions fournissant une couverture complémentaire volontaire font partie du second pilier.

Pour des raisons historiques, l'assurance chômage est séparée de la Sécurité sociale. L'action sanitaire et sociale fournit des aides et des services à des groupes de population particuliers.

⁴ Total des dépenses en 2003 : 331,9 Mds €. Voir Commission des comptes : « La Sécurité sociale », septembre 2004.

⁵ Administré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV).

⁶ Administré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

⁷ En France, le terme « Sécurité Sociale » est souvent utilisé pour signifier « Régime obligatoire d'Assurance Maladie », ce qui peut être source de mauvaise interprétation.

⁸ Voir Annexe 2 pour une vue synoptique des différents régimes obligatoires.

L'ensemble de ces composantes fait partie de ce qui est appelé en France la "Protection sociale". Ses principales caractéristiques sont présentées dans les différentes parties de ce document. Dans son ensemble, la Protection sociale fournit des prestations s'élevant à un montant de 465 Mds €, représentant 29,9% du PIB⁹.

⁹ Voir Julien BECHTEL, « Les prestations sociales en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 338, septembre 2004.

PREMIERE PARTIE : LES SOINS DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE

Introduction

Les dépenses de santé représentent 10,14% du PIB en France¹⁰. En 2003, la France a dépensé 168 Mds € pour son système de santé, ce qui représente 2732 € par habitant¹¹. Les soins et biens médicaux représentent 13,2% de la consommation des ménages. Le système français peut être défini comme onéreux, mais la population lui reste très attachée¹². Dans un rapport publié en 2000 qui analyse les performances des systèmes de santé de ses 191 membres, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), classe le système français au premier rang en ce qui concerne la qualité des soins fournis¹³.

I. Les soins médicaux

Les soins médicaux sont fournis en France par des entreprises publiques (les hôpitaux), privées (les cliniques) et par des fournisseurs privés (médecins et autres praticiens et para-médicaux). La densité médicale est relativement élevée¹⁴ en comparaison avec les autres pays européens, bien que la répartition à travers le pays soit inégale. La croissance du nombre des professionnels de santé dans les différentes professions médicales et paramédicales est soumise à un mécanisme de *numerus clausus* (un système de quota), qui limite le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire dans les différentes disciplines. Les hôpitaux publics représentent environ les trois quarts de l'ensemble des lits du secteur hospitalier¹⁵, dont 81% des lits de médecine générale et 63% des lits de gynécologie obstétrique. Les lits de chirurgie sont répartis à peu près pour moitié entre les établissements privés (44% pour les cliniques et 10% pour les établissements privés non lucratifs) et les établissements publics (47%)¹⁶. D'une part, le nombre de lits de court séjour a diminué au cours des 18 dernières années, reflétant la diminution générale des durées de séjour et le développement des alternatives à

¹⁰ Avec 9,7 % pour ce même ratio en 2002, la France se situait au cinquième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Voir <http://www.sante.gouv.fr/>.

¹¹ Voir Annie FENNINA et Yves GEFROY, « Les comptes nationaux de la santé en 2003 », DREES, Études et Résultats, n° 323, juillet 2004.

¹² Deux tiers de la population sont satisfaits du système qui offre une couverture large en comparaison aux autres pays européens : Eurobaromètre 1997, cité dans « l'évolution du système de santé en France », OCDE, 2000.

¹³ Voir le Rapport mondial sur la santé 2000 : <http://www.who.int/>.

¹⁴ Voir OCDE, les statistiques de santé 2003 : en 2003, la France compte 3,4 médecins pour 1000 habitants (dont 51% de spécialistes) et 465 494 lits d'hôpital dont 38% pour soins aigus. En 2003, l'ensemble des 201 400 médecins exerçait en France métropolitaine et 4 307 dans les DOM. On comptait 423 400 infirmiers en 2003, dont 73% exerçaient en milieu hospitalier public ou privé. Voir DREES « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 », Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

¹⁵ Voir DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 », Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

¹⁶ Voir DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 », Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

l'hospitalisation complète. D'autre part, le nombre des lits en institutions de long séjour a augmenté ces dernières années, répondant aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées dépendantes¹⁷.

Les hôpitaux publics reçoivent une dotation budgétaire annuelle allouée par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Celles-ci sont responsables de l'allocation des budgets régionaux entre les différentes institutions. Les cliniques privées sont payées sur la base d'un système de remboursement à l'acte. Un contrat fixant les tarifs est signé chaque année entre l'ARH et chaque clinique. Les différentes ARH sont aussi responsables du suivi de l'activité des établissements médicaux de leur région. Ce suivi se fait par la mise en place d'objectifs inclus dans le contrat signé par chaque établissement hospitalier. Les ARH donnent également les autorisations de création ou d'expansion des services et pour l'acquisition des équipements lourds.

Les prix des médicaments remboursables et des autres biens médicaux sont établis par le gouvernement sur l'avis d'experts et des fabricants. Les prix des médicaments non admis au remboursement sont fixés par les entreprises pharmaceutiques.

Les médecins et les personnels paramédicaux sont rémunérés à l'acte. Les honoraires des actes sont fixés périodiquement lors d'un accord (convention) entre les syndicats professionnels et les trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAM, MSA et CANAM), sous la tutelle de l'Etat. Une liste officielle des remboursements est fixée à la suite de ces accords, mais certains médecins sont autorisés à dépasser ces tarifs. A l'heure actuelle, aucun médecin supplémentaire ne reçoit ce privilège et ceux qui en bénéficient sont de moins en moins nombreux¹⁸.

Les dépenses hospitalières représentent 44,4% (soit 64,1 Mds € en 2003) de l'ensemble des dépenses de la consommation de soins, celles générées par les professionnels de santé 26,9% (soit 49,3 Mds € en 2003) et celles des médicaments 21,1%¹⁹. Les dépenses de santé représentent 10,14% du PIB en

¹⁷ Selon la circulaire DHOS /O/ n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, en termes de capacités d'accueil, la fermeture en 10 ans de 75 000 lits d'hospitalisation complète s'est accompagnée de la création de 48 000 places d'hospitalisation à temps partiel, auxquelles s'ajoutent environ 4 200 places d'hospitalisation à domicile. Les lits pour les soins de longue durée représentent 17,5% du total des lits hospitaliers en 2002, ils étaient de 10% in 1987. Voir DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 », Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

¹⁸ Le « Secteur II » a été créé au début des années 1980. Depuis 1990 son accès a été supprimé. Environ 25% des médecins appartiennent au « Secteur II » ; cependant ce pourcentage est plus important pour les spécialistes que pour les généralistes. La partie des dépassements d'honoraires conventionnels n'est pas remboursée par le régime d'Assurance maladie de base. Cette partie est prise en charge de façon variable par les régimes complémentaires.

¹⁹ Voir Lauren TRIGANO, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours des trois premiers trimestres 2003 », DREES, Études et Résultats, n° 309, mai 2004 et pour les résultats provisoires de l'ensemble de l'année 2003 les tableaux 9 et 10. Voir « Comptes nationaux de la santé 2003 », Annie FENNINA et Yves GEFFROY, <http://www.sante.gouv.fr/>.

2003 (soit 163 Mds €). La France est classée au quatrième rang dans le monde, derrière les Etats-Unis (14,6%), la Suisse (11,2%), et l'Allemagne (10,9%)²⁰, en termes de pourcentage de dépense de santé par rapport au PIB.

Depuis le milieu des années 1970, différentes réformes ont été mises en place dans le but de ralentir la croissance des dépenses et réduire le déficit. Les premiers plans ont tenté, sans succès, d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie. Le financement était augmenté ainsi que les dépenses de santé pour les patients afin de promouvoir un comportement plus économe et contrer la tendance inhérente à dépenser au sein d'un système qui donne à la fois au patient et au médecin toute liberté de dépenser.

Devant faire face à une importante crise financière de la Sécurité sociale dans les années 1990, le gouvernement a mis en place une série de réformes afin d'assurer la solvabilité du système et lui permettre de s'adapter à l'environnement en évolution. En 1996, la constitution française fut révisée et une série d'ordonnances furent promulguées autorisant le Parlement à voter une loi de financement de la Sécurité sociale chaque année. Cette loi comporte un Objectif national de dépense pour les soins (ONDAM), détaillé en différentes rubriques (cliniques privées, hôpitaux publics, prestations en nature, soins ambulatoires, etc.). Cet objectif est fondé sur un budget prévisionnel et sur des priorités de santé définies par la Conférence nationale de santé. L'ONDAM n'est pas opposable – les remboursements sont honorés même si l'objectif est éventuellement dépassé (ce qui a toujours été le cas jusqu'à présent) – mais les ressources allouées aux différentes institutions et les accords passés avec les professionnels de santé doivent être en adéquation avec l'objectif fixé.

Il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité des régulations qui, dans certains cas, n'ont pas été complètement mises en œuvre. Cependant, une tendance à la réduction du taux de croissance semble se dessiner, avec des dépenses de santé en pourcentage du PIB légèrement décroissantes entre 1995 et 1998. Ces dépenses demeurent, néanmoins, une préoccupation pour le gouvernement.

²⁰ Voir « Comptes nationaux de la santé 2003 », Annie FENNINA et Yves GEFFROY, <http://www.sante.gouv.fr/>.

II. Les régimes d'assurance maladie

Le système de Sécurité sociale français est composé de deux piliers. Le premier fournit la couverture de base au travers de différents régimes obligatoires qui couvrent environ 75% des dépenses médicales des ménages. Le second pilier est constitué par la couverture complémentaire optionnelle fournie par les mutuelles ou les assureurs privés. L'assurance maladie verse des prestations en nature et des prestations en espèces qui compensent les pertes de revenu dans certains types de situations (maladie, handicap, maternité, accidents de travail et maladies professionnelles).

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé : la CMU de base²¹.

Récemment, après trois semaines de débat à l'Assemblée nationale et une semaine devant le Sénat, la loi réformant l'assurance maladie a été définitivement adoptée le 30 juillet 2004 et promulguée le 13 août 2004 (Loi n° 2004-810).

Les éléments clés de la réforme pour les assurés

La réforme de 2004 mène à plusieurs modifications quant aux prestations accordées aux assurés²².

Le dossier médical personnel

Au plus tard le 1er juillet 2007, chaque assuré sera titulaire d'un dossier médical personnel constitué de données de santé recueillies à l'occasion de son parcours de soins. Cela permettra le suivi des actes et prestations de soins. L'accès au dossier sera interdit en dehors du suivi médicalisé (ex: médecin du travail ou conclusion d'un contrat de complémentaire santé).

Le niveau de prise en charge des dépenses engagées par l'assuré social sera subordonné à l'autorisation qu'il donnera au professionnel de santé d'accéder à son dossier. Cette modulation du taux de prise en charge sera définie par l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) dans des limites fixées par décret en Conseil d'Etat (art. 3).

²¹ 4,3 millions de personnes aux revenus modestes bénéficient également d'une prise en charge à 100% au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire. Voir <http://www.ameli.fr/>.

²² Pour de plus amples renseignements sur les effets de cette réforme, voir « la réforme en pratique » : <http://www.ameli.fr/>.

Le protocole de soins des assurés en Affection longue durée (ALD)

Pour bénéficier de l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, le patient en affection de longue durée (ALD) devra (hors cas d'urgence) présenter au médecin consulté le protocole de soins établi par le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse qu'il aura dûment signé (art. 6).

Par ailleurs, le protocole de soins doit mentionner les obligations imposées aux bénéficiaires d'une ALD, à savoir :

- se soumettre aux traitements prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil,
- se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse,
- s'abstenir de toute activité non autorisée et accomplir les exercices prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Les traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné

Les conditions dans lesquelles l'assurance maladie prend en charge les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné (ex : subutex®) ont été précisées. Une obligation est faite au patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance.

Le médecin doit mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge (art. 17).

Le médecin traitant

Tout assuré ou ayant droit âgé d'au moins 16 ans devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) pour bénéficier du ticket modérateur de droit commun.

Si l'assuré n'a pas effectué ce choix ou s'est adressé directement à des médecins relevant de certaines spécialités, le ticket modérateur pourra être majoré. La majoration ne sera pas appliquée, notamment, lorsque est mis en œuvre un protocole de soins (patient en ALD) et en cas d'urgence (art. 7).

En outre, les médecins spécialistes consultés directement « seront autorisés » «à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations »; (art. 8). Cependant, certaines spécialités, qui restent à préciser par arrêté, resteront en accès direct (ex: pédiatrie, ophtalmologie, ...).

Les dépassements d'honoraires resteront à la charge du bénéficiaire de la CMU complémentaire qui consulterait directement un médecin spécialiste (art. 10).

La participation forfaitaire (ou franchise ou ticket modérateur d'ordre public)

Pour responsabiliser les assurés, une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé

par un médecin (en cabinet, en établissement ou en centre de santé) et pour tout acte de biologie médicale, sera laissée à la charge des assurés.

La franchise est due aussi bien par les assurés malades que par les accidentés du travail ou victimes de maladie professionnelle mais tout assuré verra sa participation plafonnée, par décret, à un « nombre maximum de participations forfaitaires ».

Seront toutefois exonérées les personnes hospitalisées (sauf dans le cadre des urgences hospitalières ou consultations externes), les ayants droit âgés de moins de 16 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, et les femmes prises en charge par l'assurance maternité (art. 20).

Le montant de la participation sera fixé par décret. Il sera a priori, dans un premier temps, de 1 €.

Pour inciter les organismes complémentaires maladie à ne pas prendre en charge ce forfait, le bénéfice de l'exonération de charges sociales sur les primes ou cotisations et de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance sera réservé aux contrats répondant à un cahier des charges fixant à la fois un niveau minimal de couverture et des exclusions de prise en charge (comme celle liée à la franchise). Le cahier des charges entrera en vigueur pour tous les contrats concernés à compter du 1er janvier 2006 (art. 57).

L'aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé

A compter du 1er janvier 2005, on voit la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour les personnes qui, du fait de leurs faibles ressources, en sont actuellement privées (art.56).

Un crédit d'impôt sera ouvert pour les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'un organisme complémentaire par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15%.

Le montant du crédit d'impôt variera selon le nombre et l'âge (l'âge étant apprécié au 1er janvier de l'année) des personnes composant le foyer.

La gestion de ce crédit d'impôt est confiée au fonds de financement de la CMU complémentaire. Les dépenses du fonds de financement de la CMU seront financées par une dotation globale de l'assurance maladie.

La carte Vitale

Les informations inscrites dans la carte Vitale (actes effectués, produits délivrés, prestations servies) seront désormais accessibles au médecin. Une photographie sera apposée sur la carte Vitale 2. La faculté pour les établissements de santé de demander à l'assuré d'attester de son identité est légalement prévue (art. 21).

Les arrêts de travail et le versement des indemnités journalières

Le versement des indemnités journalières (IJ) sera suspendu lorsque l'assuré ne se soumettra pas à l'obligation de contrôle organisé par le service du contrôle médical (art. 27). La caisse informera alors l'employeur de cette suspension. L'employeur aura alors la faculté de suspendre l'indemnisation complémentaire.

En outre, les obligations mises à la charge du bénéficiaire d'indemnités journalières (observer les prescriptions du médecin, se soumettre aux contrôles, respecter les heures de sortie et s'abstenir de toute activité non autorisée) ne figurent plus dans le règlement intérieur des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) mais dans la loi afin de leur donner plus de force.

Si ces obligations ne sont pas respectées, les IJ pourront en tout ou partie être retenues. Un contrôle juridictionnel, relevant des juridictions de sécurité sociale pourra s'effectuer, en cas de recours, « sur le montant de la sanction prononcée et son adéquation à l'importance de l'infraction commise par l'assuré ». Le paiement indu d'indemnités en espèces sera récupéré en un ou plusieurs versements ou part retenue sur les prestations à échoir « en fonction de la situation sociale du ménage » (art. 29).

Par ailleurs, le renouvellement d'un arrêt de travail sera désormais encadré. Le maintien de l'indemnisation est conditionné à la prolongation de l'arrêt par le même médecin prescripteur de l'arrêt initial (art. 28).

Enfin, de nouvelles possibilités d'aide sont offertes à l'assuré pour favoriser sa reprise de travail (art. 24).

A. Les régimes de base

Il n'existe pas autant de régimes de base d'assurance maladie que de régimes de base d'assurance vieillesse, cependant le principe de la couverture liée à un emploi demeure présent.

Le Régime général couvre 85%²³ de la population des salariés du secteur privé, des fonctionnaires (pour les prestations en nature), ainsi que diverses catégories de personnes qui n'étaient pas à l'origine protégées par un régime (par exemple : les étudiants, les anciens combattants, les personnes bénéficiant de certains revenus minima garantis, comme les prestations familiales). Le Régime général a été utilisé au cours des années comme un régime de couverture universelle, permettant d'offrir un accès à une couverture médicale pour l'ensemble de la population.

²³ Voir *Éco-Santé France 2005*, <http://www.irdes.fr/>.

Un ensemble de différents petits régimes spéciaux protège différents groupes de salariés (par exemple : les employés du chemin de fer, les employés des transports publics parisiens, les marins, les employés de la Banque de France²⁴). Les prestations en espèces pour les fonctionnaires sont financées par l'Etat dans le budget général.

Deux autres régimes protègent les travailleurs du secteur agricole (MSA²⁵), les industriels et les artisans, ainsi que les professions libérales et les avocats (CANAM²⁶).

1. Les prestations en nature

La couverture fournie par le régime de base obligatoire varie selon la nature des dépenses. Les dépenses liées à l'hospitalisation sont couvertes à 80%. Les soins ambulatoires et les dispositifs médicaux sont couverts à hauteur d'environ respectivement, 65% et 58% de leur coût²⁷. Dans l'ensemble, les régimes de Sécurité sociale couvrent environ 80% des dépenses de santé des ménages.

Pour les soins ambulatoires, le patient paye directement le fournisseur et se fait ensuite rembourser. Le remboursement de la Sécurité sociale est habituellement partiel. Le patient est responsable d'un co-paiement (le ticket modérateur), qui dans certains cas est remboursé par l'assurance complémentaire. Le paiement direct de l'assurance maladie aux médecins est en augmentation (il existe déjà sous certains types de conditions, comme les accidents de travail). Des accords locaux entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens ont déjà conduit à ce qu'un nombre croissant d'ordonnances soit réglé directement par l'assurance maladie.

1.1 Le Régime général

Les prestations en nature représentent 92% des dépenses de l'assurance maladie (soit environ 124,8 Mds € en 2004)²⁸.

²⁴ Voir tableau en annexe, « Autres Régimes spéciaux ».

²⁵ Voir <http://www.msa.fr/>.

²⁶ La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) est chargée de la coordination du système. Les prestations sont versées par un organisme conventionné (mutuelle ou compagnie d'assurances) choisi librement par l'assuré à partir d'une liste. Les organismes conventionnés encaissent également les cotisations des assurés. A partir du 1^{er} janvier 2006, la CANAM ainsi que les deux autres caisses s'adressant aux professions indépendantes en matière de vieillesse (la CANCAVA et l'ORGANIC) seront regroupées au sein d'un nouveau régime : le Régime social des travailleurs indépendants (RSI).

²⁷ Voir Eco-Santé France 2004, CREDES-DREES.

²⁸ En 2003, le total des dépenses (maladie, maternité, invalidité, maladies professionnelles et accidents du travail, décès) s'élevait à 124,76 Mds € dont 115,9 Mds € pour les prestations en nature et 8,9 Mds € pour les prestations en espèces. 87% du total concerne les prestations maladie (prestations en nature et en espèces). Voir Chiffres et repères de l'assurance Maladie 2004, <http://www.ameli.fr/>.

Les conditions d'affiliation : les travailleurs, ainsi que leurs ayants droit, doivent remplir certaines conditions en termes de rémunération salariale pour être protégés.²⁹

Les taux de remboursement selon les services ou biens médicaux fournis³⁰ : les taux sont définis par des listes officielles. La couverture peut atteindre 100% dans certaines situations³¹.

1.2 Le régime agricole (MSA)

Les mêmes taux de remboursement et de conditions s'appliquent au secteur agricole. Les travailleurs agricoles et leurs ayants droit bénéficient des mêmes prestations pour la couverture maladie que les travailleurs protégés par le Régime général.

Les employeurs du secteur agricole et leurs ayants droit ne bénéficient que des prestations en nature. Avec la réforme de l'assurance sur les accidents de travail des travailleurs de l'agriculture (AAEXA), qui a pris effet au 1^{er} avril 2001, ils peuvent également bénéficier de prestations en espèces, dans le cas d'un accident de travail.

1.3 Le régime des professions indépendantes (CANAM)

Les travailleurs indépendants avaient à l'origine choisi de rester hors du Régime général et de mettre en place leur propre régime, avec des cotisations plus faibles et moins de prestations. Bien que les taux de cotisation restent inférieurs, les prestations en nature ont été progressivement ajustées et sont aujourd'hui équivalentes à celles qui sont offertes aux salariés³². Depuis le 1^{er} janvier 2001, les taux de remboursement sont alignés sur ceux du régime général des salariés. Ce régime couvre les industriels, les commerçants, les artisans et les professions libérales. A partir du 1^{er} janvier 2006, la CANAM fera partie intégrante du RSI (voir note 26).

²⁹ Les conditions sont devenues de moins en moins strictes au cours des années. Une cotisation au régime pour un revenu du travail représentant 60 fois le salaire minimum horaire est suffisante pour protéger l'assuré et ses ayants droit pour une période de 4 ans. Si nécessaire, des règles spécifiques s'appliquent pour maintenir la couverture au delà.

³⁰ Exemples : les médicaments prescrits : 35%, 65% ou 100%. Les médecins : 70% pour les spécialistes et les généralistes (le même taux s'applique aux dentistes). Les professions paramédicales : 60%. Les verres optiques : 65%. Voir <http://www.ameli.fr/> pour les autres taux.

³¹ Par exemple, les personnes souffrant d'une longue maladie reconnue, d'une maladie professionnelle, d'une incapacité ou d'un accident de travail, les retraités, les femmes enceintes (à partir du 4^{ème} mois de grossesse), et les personnes bénéficiant de la CMU. Voir <http://www.ameli.fr/> pour plus de détails.

³² Voir <http://www.canam.fr/> pour plus de détails.

2. Les prestations en espèce

2.1 Le régime général

Les prestations en espèce représentent 8% de la valeur totale de toutes les prestations. Elles compensent la perte d'un revenu professionnel dans un certain nombre de cas. L'assuré (par opposition aux ayants droit), obligé de cesser son activité, est éligible aux prestations. Le bénéficiaire survivant d'un assuré décédé est éligible à des prestations décès sous certaines conditions³³.

2.1.1 Les prestations maternité

Les conditions d'ouverture des droits : la femme enceinte doit répondre à certaines obligations (en particulier, des conditions de salariat avant la date de congé prénatal) pour pouvoir bénéficier des prestations maternité³⁴.

La durée du congé maternité varie selon le nombre d'enfants à naître et le nombre d'enfants déjà nés. Le congé moyen est de 16 semaines, c'est à dire 6 semaines avant la date de l'accouchement et de 10 semaines après (pour une mère de deux enfants et plus, enceinte d'un enfant)³⁵.

Le montant des prestations maternité dépend du salaire. Les indemnités journalières équivalentes au salaire moyen journalier perçu dans les 12 derniers mois avant le congé maternité, avec un montant maximum (au 1er janvier 2005) de 65,97 € par jour en Alsace-Moselle et 67,36 € par jour dans les autres départements³⁶. Des assurances collectives privées complètent souvent les prestations de la Sécurité sociale et maintiennent le revenu de la mère pendant la durée du congé maternité.

2.1.2 Les prestations maladie

Les conditions d'ouverture des droits : avoir occupé pendant une période minimum un emploi salarié (ou assimilé) précédant le congé est exigé. La durée requise dépend de la durée du congé (plus ou moins 6 mois)³⁷.

³³ « Capital décès » : égal à 90 fois le gain journalier de base, calculé à partir des 3 derniers salaires mensuels de l'assuré décédé. Montant minimum du capital décès : 301,92 € (au 1er janvier 2005). Montant maximum du capital décès : 7 548,00 € (au 1er janvier 2005). Voir <http://www.ameli.fr/> « Décès » pour plus de détails sur les conditions. Sur le plafond de la Sécurité sociale, voir Annexe 4.

³⁴ La femme enceinte doit avoir travaillé au moins 200 heures dans les 3 mois qui précèdent la date de la conception ou la date du congé prénatal. De plus elle doit avoir été immatriculée à la Sécurité sociale au moins 10 mois avant la date présumée de l'accouchement. Voir <http://www.ameli.fr/> pour des informations complémentaires.

³⁵ Les futures mères de jumeaux bénéficient de 12 semaines de repos avant et de 22 semaines après l'accouchement. Les futures mères qui ont déjà plus de deux enfants ont droit à 8 semaines avant et 18 semaines après l'accouchement. Dans tous les cas, il est obligatoire de prendre un minimum de 8 semaines de congé maternité. Voir <http://www.ameli.fr/> pour des informations complémentaires.

³⁶ Voir <http://www.ameli.fr/> pour des informations complémentaires.

³⁷ Les conditions d'ouverture des droits : avoir une activité professionnelle d'au moins 200 heures durant les 3 mois précédant le congé ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le

Les prestations maladie sont payées à partir du 4^{ème} jour de congé en cas d'hospitalisation et du 8^{ème} jour en cas de maladie ou d'accident³⁸. Le montant des prestations représente 50% du salaire journalier moyen perçu dans les 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail, avec un maximum d'environ 41,93 € par jour³⁹. Les assurances collectives privées peuvent compléter la prise en charge.

2.1.3 Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles

Les accidents du travail ont été historiquement le premier risque à être couvert par un système d'assurance collectif. Aujourd'hui, les accidents de travail et les maladies professionnelles sont encore organisés par une entité et des règles particulières, et ont constitué leur propre régime à l'intérieur du schéma du Régime général.

Le financement provient uniquement des cotisations des employeurs ; les taux suivants sont appliqués :

- 0,6% des revenus dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (30 192 € pour 2005)
- + 5,9 % des revenus dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (150 960 € pour 2005)⁴⁰.

Les conditions d'ouverture des droits : tous les travailleurs⁴¹ sont protégés, sans condition de salaire minimum. Les accidents de travail ont une définition très large dans la législation⁴². Les accidents de la circulation, s'ils ont un lien avec le travail, sont couverts. Les maladies professionnelles sont définies par une liste limitative précisant les conditions de leur reconnaissance.

Les prestations (deux types de prestations peuvent être réglés) : une allocation pour incapacité temporaire à travailler, et, dans le cas d'une incapacité permanente, une rente est octroyée selon le niveau d'incapacité.

montant du SMIC horaire au cours des 6 mois précédant l'arrêt de travail (moins de 6 mois), ou 800 heures durant les 12 mois précédant le congé (plus de 6 mois) (avec 200 heures durant les 3 premiers mois des 12 mois) ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, dont 1 015 fois au moins le montant du SMIC horaire pendant les 6 premiers mois. Voir <http://www.ameli.fr/>.

³⁸ Voir <http://www.canam.fr/>.

³⁹ Le minimum est de 16,77€ par jour et le maximum est de 41,93€ par jour (1^{er} juillet 2005). Des règles particulières s'appliquent aux allocataires qui ont plus de 3 enfants ou en congé pour une durée supérieure à 6 mois. Voir <http://www.ameli.fr/>.

⁴⁰ Pour les indemnités journalières, les artisans et les commerçants versent une cotisation supplémentaire de 0,5 % des revenus (dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale). Voir <http://www.canam.fr/>.

⁴¹ Diverses autres catégories de personnes sont également protégées. Voir L412-2 et L412-8 Code de la sécurité sociale.

⁴² Voir section L411-1 Code de la sécurité sociale.

Le montant : les indemnités journalières prennent effet au jour suivant l'accident (le travailleur a en charge le jour de son accident). Le montant de l'indemnité journalière est égal à 60% du salaire moyen du dernier salaire pendant les 28 premiers jours (avec un montant maximum de 151,08 € par jour au 1^{er} janvier 2005) et 80% à partir du 29^{ème} jour (avec un montant maximum de 201,44 € par jour au 1^{er} janvier 2005). L'indemnité journalière maximum est supérieure à celle accordée pour un arrêt maladie classique⁴³.

Les rentes sont liées au niveau moyen du salaire des 12 derniers mois et consiste en un pourcentage de cette moyenne et d'un pourcentage de l'incapacité reconnue. Les allocataires qui nécessitent l'aide permanente d'une tierce personne reçoivent un complément de 40%.

Le régime agricole (MSA) a mis en place une réforme des accidents de travail pour le régime des employeurs agricoles (AAEXA) : au 1^{er} avril 2002, il rembourse sous forme de prestations en espèce (conséquence de l'entrée du régime agricole dans la Sécurité sociale).

2.1.4 Les prestations invalidité

Les conditions d'ouverture des droits : pour bénéficier de droits ouverts, un assuré doit être atteint d'une réduction de 2/3 de ses capacités à travailler, être âgé de moins de 60 ans, avoir été assuré au moins pendant les 12 derniers mois et justifier d'un emploi salarié⁴⁴.

Le montant de la pension : le montant est fonction de l'historique des salaires et dépend du niveau d'incapacité.

L'assuré qui ne peut occuper un travail salarié reçoit 30% de la moyenne de son salaire annuel⁴⁵. La pension mensuelle maximum est d'environ 754,80 € (au 1^{er} janvier 2005)⁴⁶. Les assurés en incapacité totale d'occuper un travail salarié reçoivent 50%, avec un maximum d'environ 1 258 € par mois (au 1^{er} janvier 2005)⁴⁷. La pension est augmentée en cas d'assistance journalière par une tierce personne⁴⁸.

⁴³ Voir <http://www.ameli.fr/>.

⁴⁴ Il faut justifier de 800 heures de travail dans les 12 derniers mois (dont 200 heures dans les 3 premiers mois précédant la réalisation du risque).

⁴⁵ Niveau moyen annuel des salaires des 10 meilleures années.

⁴⁶ Voir <http://www.ameli.fr/>.

⁴⁷ Voir <http://www.ameli.fr/>.

⁴⁸ Voir <http://www.ameli.fr/>.

2.2 Les autres régimes

Les prestations des travailleurs du secteur agricole sont équivalentes à celle du Régime général. Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature du Régime général. Les prestations en espèces sont spécifiques⁴⁹ et sont financées dans le budget général de l'Etat. Les prestations en espèces du régime des non salariés (CANAM) ont été modifiées récemment pour se rapprocher de celles des salariés du secteur privé⁵⁰.

B. Les régimes complémentaires

On estime que 91% des personnes vivant en France ont une assurance maladie complémentaire⁵¹. Pour plus de 50% des personnes, la couverture complémentaire est souscrite dans le cadre d'un contrat de groupe par le biais de l'entreprise où ils travaillent⁵². Trois types d'institutions offrent des couvertures complémentaires : les mutuelles (à but non lucratif) qui couvrent 7,3%⁵³ du montant total des dépenses de santé, l'assurance privée (2,8%) et les institutions de prévoyance (2,6%)⁵⁴.

Les régimes complémentaires offrent à la fois des prestations en nature et en espèces.

C La Couverture maladie universelle (CMU)

La Couverture maladie universelle, qui remplace l'aide médicale versée par les départements, est mise en place depuis janvier 2000. Elle protège toutes les personnes résidant légalement en France, qui autrement n'auraient pu bénéficier d'une couverture maladie, ou celles ayant des problèmes pour répondre aux conditions administratives dues à leur situation de précarité.

Au 31 décembre 2003, 1,5 million de personnes étaient affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base), dont 280 000 dans les départements d'Outre-Mer (DOM). Avec 16 % de la population, le taux de couverture de la CMU de base demeure beaucoup plus élevé dans les DOM qu'en métropole (2 %). À la même date, la CMU complémentaire couvrait 4

⁴⁹ Arrêt de travail : 12 mois maximum avec 3 mois de salaire à taux plein. Accident de travail : salaire à taux plein si l'accident est lié au travail. Les ayants droit d'un fonctionnaire décédé reçoivent une somme forfaitaire équivalente à 1 année de salaire (1/3 pour le conjoint survivant, 2/3 pour les enfants de moins de 21 ans). Voir <http://www.fonction-publique.gouv.fr/> « le statut du fonctionnaire » pour plus de détails.

⁵⁰ Voir <http://www.canam.fr/> pour plus de détails.

⁵¹ Mais seulement environ 78% des chômeurs sont protégés. Voir CREDES, « Santé soins et protection sociale en 2002 ».

⁵² Voir supra.

⁵³ Voir DREES, « Les comptes nationaux de la santé en 2004 », Etudes et résultats, n°413, juillet 2005.

⁵⁴ 47% des personnes sont protégées par une mutuelle, 20% par une assurance privée et 15% par une mutuelle d'entreprise, voir CREDES supra.

millions de bénéficiaires en France métropolitaine et près de 600 000 personnes dans les DOM⁵⁵. En 2003, c'est 0,97 Mds € qui ont été alloués à la couverture complémentaire.

Les bénéficiaires de la CMU sont exemptés du ticket modérateur et dispensés de faire l'avance des frais des soins (les professionnels de santé et les établissements sont directement remboursés par l'assurance maladie⁵⁶). Ils peuvent choisir librement leurs prestataires pour leur couverture complémentaire.

III. L'organisation

L'organisation des soins et de l'assurance maladie est complexe. Il existe un pilier public obligatoire avec, dans la plupart des cas, une couverture complémentaire. Le système comporte un ensemble mixte avec un secteur public pour les soins (les hôpitaux⁵⁷) et un secteur privé (les cliniques, les cabinets médicaux et paramédicaux). Le système de soins français fournit des soins de haut niveau de qualité. Il offre aux patients la possibilité de choisir librement les professionnels de santé aussi bien généralistes que spécialistes. En général, les traitements médicaux ne donnent pas lieu à de listes d'attente pour le patient. Les professionnels de santé jouissent d'une très large liberté de prescriptions et de pratique.

Le contrôle

A la suite de la réforme de 2004, de nouvelles règles sont instaurées pour les professionnels de santé, qui doivent notamment se plier à un contrôle plus strict.

Les médecins auront désormais l'obligation, sous peine de sanctions, de se soumettre à un contrôle régulier de leur pratique professionnelle, organisé soit par la Haute autorité de santé, soit par un dispositif mis en place par décret (art. 14).

Ces sanctions sont celles déjà prévues par le Code de la santé publique. Il sera possible d'obliger un médecin à passer par un contrôle préalable de la CPAM pour la prescription de transports sanitaires ou d'arrêts maladie pendant une période de 6 mois au plus (sauf en cas d'urgence attestée) (art. 25).

⁵⁵ Voir <http://www.sante.gouv.fr/>. Le plafond annuel de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire est au 1^{er} juillet 2005 de 7 045,95 € pour une personne seule, 10 568,96 € pour deux personnes, 12 682,75 € pour trois personnes, 14 796,54 € pour quatre personnes et 2 818,39 € pour chaque personne supplémentaire. Des montants supérieurs de 10,8 % existent pour les personnes résidant dans les départements d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion). Voir <http://www.ameli.fr/>.

⁵⁶ Dans la limite des honoraires fixés.

⁵⁷ Les équipes travaillant dans les établissements publics hospitaliers ont le statut de fonctionnaire.

Les réformes mises en place pour un meilleur contrôle des dépenses ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la gestion et la répartition des responsabilités de manière plus efficace entre les deux principaux acteurs du système, l'Etat et l'assurance maladie. Les dernières réformes introduites dans la constitution française, ont également donné au parlement un rôle dans la définition des objectifs financiers, par la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale.

La gouvernance

En 2000, la loi concernant le financement de la Sécurité sociale a recherché à mettre en place une répartition plus rationnelle et claire des rôles entre l'Etat, le Régime général et deux des autres principaux régimes⁵⁸. L'Etat est responsable du secteur hospitalier public et privé et du secteur des médicaments. L'assurance maladie est responsable du secteur des soins ambulatoires. Les conventions passées avec les professions médicales et paramédicales définissent les conditions de leurs activités et fixent les tarifs des honoraires, dans les limites financières définies par le parlement, sous le contrôle de l'Etat.

Les réformes mises en œuvre ces dernières années ont mis l'accent sur le rôle central de l'Etat dans la gestion du système. Ceci correspond au fait que l'assurance maladie est devenue de plus en plus universelle et financée par des ressources d'origine publiques⁵⁹. Un rôle plus important a été dévolu aux représentants élus et les responsabilités de l'assurance maladie et l'Etat ont été clarifiées.

Les partenaires sociaux se partagent la gestion, dans les conseils d'administrations des assurances maladie, mais l'Etat prend les décisions clé. La réforme de 2004 voit la création de 4 nouveaux organismes de gouvernance :

UNCAM et UNOAMC (art. 55)

Création d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et d'une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOAMC). L'UNCAM coordonne l'action de la CNAM, de la CANAM et de la CCMSA, définit les conditions de remboursement des actes et des prescriptions et fixe leur tarif.

L'UNOAMC sera consultée sur les décisions de l'UNCAM en matière d'inscription au remboursement des actes et prestations et de fixation de la participation des assurés.

Par ailleurs, un partenariat accru est instauré entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires, notamment autour de la négociation

⁵⁸ Régime général (CNAMTS), MSA et CANAM.

⁵⁹ Voir Sixième Partie, ci-après.

conventionnelle avec les professions de santé et les centres de santé, mais aussi pour la définition d'actions communes dans la gestion du risque.

HAS (Haute autorité de santé)

Création d'une Haute autorité de santé chargée d'évaluer "produits, actes ou prestations de santé". Ces études contribueront aux décisions de remboursement.

Elle reprendra notamment les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) au 1er janvier 2005, cette dernière étant supprimée (art. 35 et 36).

Un Conseil de l'hospitalisation et un Institut des données de santé

Création du Conseil de l'hospitalisation. Il contribuera à l'élaboration de la politique de financement et à la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation (art. 45).

Il devra être saisi pour recommandation avant toute décision gouvernementale sur la politique de financement des établissements publics de santé (art. 64).

Un Institut des données de santé est constitué. Il veille à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, en respectant l'anonymat.

Un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Ce comité a été créé afin d'alerter le parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolutions des dépenses d'assurance maladie incompatible avec ce qui a été voté par le parlement, (art. 40).

DEUXIEME PARTIE : L'ASSURANCE VIEILLESSE

Les retraites en France dépendent de nombreux organismes organisés sur une base professionnelle ou sectorielle. Le régime de base est complété par des régimes complémentaires obligatoires protégeant une large part de la population des salariés (en particulier, les salariés du secteur privé). Les régimes spéciaux pour les fonctionnaires sont organisés différemment (voir supra).

Le Régime général assure les prestations familiales pour toute la population et les prestations pour les soins médicaux pour environ 80% de la population. Il prend également en charge la couverture vieillesse pour 10,4 millions des retraites versées annuellement en France.

Les principes suivants gouvernent l'application de l'assurance vieillesse : l'adhésion à un régime vieillesse est obligatoire pour toute personne qui entre dans l'un des champs d'application. Les régimes de retraite sont principalement fondés sur le versement d'une cotisation provenant du salaire et les pensions sont liquidées sur la base des cotisations versées et selon les périodes auxquelles elles se rapportent. Un revenu minimum, "le minimum vieillesse", est garanti à toute personne âgée de plus de 65 ans (60 ans en cas d'invalidité)⁶⁰. Il est atteint par le cumul de trois sources : la pension de base, la pension complémentaire et une allocation supplémentaire, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (allocation unique qui remplace les allocations multiples depuis l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004).

L'assurance vieillesse peut être divisée en plusieurs catégories :

La première catégorie recouvre les salariés du secteur privé et se répartit en deux piliers obligatoires. Une prestation de base est assurée par le Régime général (les salariés du régime agricole sont couverts par un régime particulier⁶¹). Les retraites complémentaires sont versées par différents régimes, regroupés au sein de deux institutions principales : l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et l'Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO).

La seconde catégorie comprend les différents régimes qui protègent les personnes qui ne sont pas salariées.

⁶⁰. Environ 700 000 personnes bénéficient aujourd'hui, soit d'une retraite complémentaire à taux plein, soit du minimum vieillesse. Le minimum vieillesse est de 7367, 91 € par an pour une personne seule et de 12 905,40 € par an pour un ménage au 1^{er} janvier 2005 (source www.service-public.fr/).

⁶¹ Pour des raisons historiques, les salariés travaillant dans un certain nombre d'autres secteurs, par exemple les mines, sont couverts par d'autres régimes.

Une troisième catégorie recouvre les différents régimes spéciaux, pour les fonctionnaires ⁶² et les salariés du secteur public.

I. Les salariés du secteur privé

Les salariés du secteur privé (et leurs employeurs) cotisent à un système de retraite qui se compose en partie de la retraite couverte par le Régime général de la Sécurité sociale. Les cotisations et les pensions sont liées aux salaires ⁶³ qui sont plafonnés⁶⁴. S'ajoutent les pensions couvertes par un régime complémentaire obligatoire. Les cotisations sont assises sur les salaires jusqu'à 3 fois le plafond (pour les salariés) et 8 fois le plafond (pour les cadres et assimilés).

A. La retraite du Régime général de la Sécurité sociale (prestation de base)

1. La retraite

Les personnes atteignant 60 ans et qui ont cotisé au moins un trimestre à l'assurance vieillesse du Régime général de la Sécurité sociale, peuvent bénéficier d'une pension, si elles la demandent⁶⁵.

La loi du 21 août 2003 a apporté des modifications substantielles à la législation d'assurance vieillesse⁶⁶. L'objectif assigné à cette réforme est de contribuer à réduire les besoins de financement des régimes de retraite de base à l'horizon 2020, et de rapprocher les conditions de liquidation des pensions dans le Régime général des salariés du secteur privé – comme pour les régimes alignés : artisans, commerçants, ... – des régimes des fonctions publiques. Elle pose en outre le principe d'une progression parallèle de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension complète et de la durée espérée de la retraite.

⁶² Il existe trois principaux statuts pour les fonctionnaires en France : les services de l'Etat (environ 3 100 000 de personnes), les collectivités locales (environ 1 500 000 de personnes) et le service public hospitalier (environ 850 000 personnes). Les informations fournies dans ce document concernent les fonctionnaires de l'Etat.

⁶³ Pour les deux niveaux de retraite, obligatoire et complémentaire, les salaires pris en compte comprennent la totalité des salaires reçus (y compris les heures supplémentaires, les primes et autres avantages sociaux).

⁶⁴ Au 1^{er} janvier 2004, le plafond mensuel des salaires est de 2 476 €. La pension maximum versée par le Régime général ne peut excéder 50% du salaire plafonné.

⁶⁵ Il n'y a pas de période minimum contributive exigée par le Régime général (contrairement au régime vieillesse des fonctionnaires). L'assurance chômage est responsable de la mise en retraite anticipée; voir ci-après. Les personnes ayant commencé à travailler à 14, 15 et 16 ans, et qui ont effectué une très longue carrière, peuvent bénéficier d'un départ anticipé (entre 56 et 59 ans) sous certaines conditions. Les personnes handicapées peuvent également bénéficier d'une retraite anticipée sous certaines conditions.

⁶⁶ Voir Julien BECHTEL, Laurent CAUSSAT, Christian LOISY, « Les comptes de la protection sociale en 2003 », n° 70, octobre 2004.

La réforme met tout d'abord en oeuvre certaines mesures d'application identique dans les régimes des salariés du secteur privé et de la fonction publique :

- elle pose le principe de la revalorisation des pensions des différents régimes, sauf dérogation législative expresse par référence à l'évolution des prix à la consommation hors tabac ;
- elle institue une sur-cote de 3 % par année cotisée au-delà de l'âge auquel le salarié pourrait prétendre à une retraite complète ;
- elle crée une possibilité de rachat de droits à la retraite correspondant aux années d'étude.

Dans le Régime général, la réforme prévoit plus particulièrement :

- l'allongement progressif à 41 ans en 2012, puis, si nécessaire à 41,75 ans en 2020 de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension au taux « plein » de 50 % avant 65 ans ;
- la réduction progressive à 5 % par année manquante d'ici à 2013, contre 10% aujourd'hui, de la décote en cas de liquidation avant 65 ans sans réunir les conditions du taux « plein » ;
- afin d'améliorer les retraites des salariés ayant eu de faibles rémunérations, la revalorisation du « minimum contributif » – minimum de pension pour les assurés pouvant prétendre à une pension à taux « plein » – de façon à garantir un taux de remplacement de 85 % à un salarié continuellement rémunéré au SMIC ;
- la possibilité pour les salariés totalisant de longues durées de carrière et ayant commencé à travailler avant 17 ans de liquider leurs droits à retraite avant 60 ans ; cette mesure sera financée par un relèvement de 0,2 point des cotisations d'assurance vieillesse à partir de 2006.

Dans les fonctions publiques, la réforme a notamment pour effet :

- de porter à 40 ans en 2008 la durée de services requise pour obtenir la pension maximale, contre 37,5 aujourd'hui ; comme dans le secteur privé, cette durée sera portée à 41 ans en 2012 et, si nécessaire, à 41,75 ans en 2020 ;
- de créer une décote en cas de départ en retraite avant de totaliser la durée de service ouvrant droit à la pension maximale, qui sera progressivement portée à 5 % par année manquante à partir de 2015;
- de créer à partir de 2005 un régime obligatoire de retraite complémentaire des fonctionnaires.

La réforme comporte également un ensemble de mesures destinées à favoriser la prolongation de la participation des travailleurs âgés à l'activité économique, au moyen d'un report à 65 ans de l'âge permettant aux employeurs de mettre leurs salariés en retraite d'office, en prévoyant la diminution progressive des dispositifs de préretraite, et en instituant une contribution des employeurs sur les dispositifs de préretraite « maison ».

Enfin, la réforme crée deux instruments permettant aux personnes de se constituer des droits à la retraite à titre facultatif : le «Plan d'épargne retraite collectif» (PERCO), institué dans l'entreprise par voie d'accord collectif, et le «Plan d'épargne retraite personnalisé» (PERP) à adhésion individuelle.

Les éléments contributifs à prendre en compte

Le montant de la retraite dépend de trois facteurs. Le premier facteur est le salaire de base. Le second élément dépend de la durée de la période de référence (ou des périodes reconnues équivalentes ou assimilées, par exemple les périodes de chômage, la maternité ou les congés maladie, le service militaire et les situations liées à la guerre) des régimes de base obligatoires. Le troisième élément est la durée d'assurance prise en considération par le régime général⁶⁷. Des réformes en janvier 1994, puis en janvier 2004 ont apporté des modifications sur ces trois éléments pour maintenir la viabilité financière du système, les pensions devant mieux refléter les cotisations des personnes.

Le salaire annuel moyen qui était pris en considération avant la réforme de 1993 représentait la moyenne des 10 meilleures années d'assurance. Depuis 1994, ce chiffre est augmenté d'une année, selon l'année de naissance, pour atteindre les 25 meilleures années⁶⁸ (cette modification sera pleinement mise en place à partir de 2008).

Le calcul du taux a également été modifié : le taux plein demeure fixé à 50% mais exige un total de 160 trimestres de cotisations pour les personnes en retraite depuis janvier 2003 (à partir de 150 trimestres pour les personnes parties à la retraite avant janvier 1994)⁶⁹. Les assurés qui ne répondent pas à ces critères ne bénéficient pas du taux plein de la retraite⁷⁰.

⁶⁷ La formule utilisée dans le calcul de la pension est la suivante :

$$P = \text{SAM} \times T \times \text{durée d'assurance}$$

durée d'assurance maximale fixée en fonction de l'année de naissance

avec P = montant de la pension; T = taux; durée d'assurance : le nombre fixé à 150/150èmes progressera à compter du 1^{er} janvier 2004 de 2 trimestres par an en fonction de l'année de naissance pour atteindre 160/160èmes à compter du 1^{er} janvier 2008.

⁶⁸ Pour une retraite individuelle avant le 1^{er} janvier 2008 et une année de naissance en 1934, un salaire moyen des 11 meilleures années est pris en compte. Pour une personne née en 1935, les 12 meilleures années sont prises en compte. Jusqu'aux 25 meilleures années pour une personne prenant sa retraite après le 1^{er} janvier 2008.

⁶⁹ Les personnes prenant leur retraite après 65 ans ont la garantie d'un taux de 50%, quelle que soit leur durée d'assurance. Les personnes qui prennent leur retraite entre 60 et 65 ans sans avoir le nombre de trimestres requis peuvent bénéficier de ce taux dans certains cas (anciens combattants, personnes reconnues médicalement inaptes au travail, ...).

⁷⁰ Le taux plein de 50 % subit une décote par trimestre manquant compte tenu de l'âge et de la durée d'assurance. Cette décote de 1,25 point par trimestre manquant au 1^{er} janvier 2004 sera progressivement ramenée à 0,625 point au 1^{er} janvier 2013.

La durée d'assurance prise en compte par le Régime général augmente à compter de janvier 2004 de 2 trimestres par an selon l'année de naissance pour atteindre 160 trimestres à compter de 2008.

Les éléments non contributifs des retraites

Les femmes assurées ayant élevé un ou plusieurs enfants bénéficient de trimestres supplémentaires d'assurance par enfant. Les personnes ayant élevé 3 enfants bénéficient d'une majoration de 10% de la retraite. Sous certaines conditions, les personnes ayant à charge un conjoint dépendant ou les personnes nécessitant l'aide d'une tierce personne bénéficient d'un complément de pension.

2. La pension de réversion

Au décès d'un assuré, le conjoint survivant bénéficie de 54% de la pension du bénéficiaire sous une condition de ressources⁷¹.

L'âge requis de 55 ans est progressivement réduit et toute condition d'âge sera supprimée dès le 1^{er} janvier 2009.

B. Les régimes complémentaires

1. Les droits propres

Ces régimes obligatoires sont organisés sur la base d'accords interprofessionnels négociés par les partenaires sociaux à la fin des années 1940, pour les cadres et assimilés⁷² et à la fin des années 1950 / début des années 1960 pour les autres salariés⁷³. Ils jouent un rôle majeur dans le système de retraite en France. Depuis la loi sur la généralisation des régimes complémentaires de 1972, toute personne protégée par le Régime général doit adhérer à un régime complémentaire obligatoire. Aujourd'hui ces régimes procurent plus de 40% des prestations vieillesse versées par les salariés du secteur privé^{74 75}.

⁷¹ Les ressources ne doivent pas dépasser 2 080 fois le SMIC horaire (voir <http://www.retraite.gouv.fr/>).

⁷² AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) regroupe les organismes chargés des retraites complémentaires des cadres et assimilés. Les cotisations sont assises sur une part du salaire excédant le plafond de la Sécurité Sociale, jusqu'à 8 fois la valeur du plafond. L'affiliation à une retraite complémentaire sur la part du salaire inférieur au plafond de la Sécurité sociale relève de l'ARCCO.

⁷³ ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaires) regroupe les organismes chargés des retraites complémentaires de tous les salariés. Les cotisations des cadres et assimilés sont assises sur une part du salaire sous le plafond de la Sécurité sociale. Elles s'appliquent sur les salaires, jusqu'à 3 fois la valeur du plafond pour les autres salariés.

⁷⁴ 41% de la pension pour la génération née en 1906, jusqu'à 48% pour la génération née en 1922. Voir « Perspective à long terme des retraites ».

⁷⁵ En 2004, le montant est de 558,86 € par mois pour une personne seule et 1 054,36 € pour un couple, la prestation « minimum vieillesse » pour une personne dont le montant de la retraite n'atteint

Les régimes complémentaires de retraite reposent sur des cotisations basées sur une part du salaire (trois fois sous le plafond de la Sécurité sociale pour les employés ou huit fois pour les cadres). L'ouverture des droits à la retraite dépend du nombre de points acquis, la valeur de ces points étant périodiquement réajustée. Les points sont acquis par cotisation, mais aussi durant les périodes d'arrêt maladie, chômage et invalidité, aussi bien que pour les périodes précédant l'introduction des assurances complémentaires obligatoires.

Les caisses de retraite complémentaires, membres de l'ARCCO servent une majoration de retraite de 5% par enfant à charge⁷⁶. Les caisses de retraite complémentaire, membres de l'AGIRC servent une majoration de retraite de 8% aux retraités ayant élevé 3 enfants⁷⁷.

2. Les droits dérivés

La pension de réversion et d'orphelin

Au décès d'un assuré, le conjoint survivant bénéficie de 60% de la pension du bénéficiaire⁷⁸. Les orphelins âgés de moins de 21 ans⁷⁹ bénéficient de 50% de la pension de chacun de leurs parents.

C. Les retraites complémentaires non obligatoires

Certains plans de retraite donnent droit à des retraites complémentaires additionnelles. Cependant, dans la mesure où les Français font confiance aux régimes de retraite obligatoires, leur importance est encore limitée. Les cotisations peuvent être payées sur une base individuelle ou faire partie d'un plan de retraite de groupe.

D'autres possibilités sont offertes : elles comprennent les plans d'épargne salariaux, bien que ces épargnes ne soient pas affectées à des objectifs déterminés. Ces plans sont relativement répandus sous trois formes : la participation, l'intéressement et les plans d'épargne d'entreprise.

pas ce niveau, ou pour une personne qui n'a pas suffisamment accumulé de périodes validées pour sa retraite à taux plein. En 2003, environ 668 000 personnes bénéficient soit d'une retraite complémentaire à taux plein, soit du minimum vieillesse.

⁷⁶ Et 5% de majoration pour un retraité ayant élevé 3 enfants ou plus (ces deux majorations sont mutuellement exclusives).

⁷⁷ 4% pour le 4^{ème} enfant avec un maximum de 24%.

⁷⁸ Cette allocation est versée au conjoint survivant âgé d'au moins 50 ans, jusqu'à ce qu'il atteigne 55 ans. Sous certaines conditions, le conjoint survivant âgé de plus de 55 ans, peut bénéficier de la pension de survivant. Pour une personne âgée d'au moins 55 ans (sans condition d'âge si le conjoint survivant est handicapé ou a élevé au moins 2 enfants). Voir <http://www.arcco.fr/>.

⁷⁹ 25 ans s'ils sont dépendants et sans condition d'âge pour les enfants handicapés.

D. Les principes du régime de retraite du secteur agricole

Les employés du secteur agricole et leurs ayants droit ont les mêmes droits à la couverture vieillesse que les salariés couverts par le Régime général.

En ce qui concerne les employeurs du secteur agricole et leurs ayants droit, leurs droits à la retraite ont évolué depuis 1952 dans la même direction que ceux des autres régimes obligatoires.

La retraite comprend une allocation forfaitaire et une allocation proportionnelle, ainsi qu'une allocation pour le conjoint survivant. La retraite est complétée par une allocation non liée à une cotisation.

E. La gestion

Il existe deux modèles organisationnels pour la gestion des deux piliers du régime des retraites français. Pour chacun, le niveau d'implication de l'Etat est différent. Selon les principes de la gestion démocratique, les partenaires et les représentants des financeurs (syndicats et employeurs du secteur privé) participent aux deux catégories de conseils d'administration. Cependant, les missions des conseils d'administration et les niveaux d'implication sont très différents dans le cas de l'assurance vieillesse du Régime général en charge de la retraite de base, et dans le cas des assurances vieillesse complémentaires obligatoires.

Les pouvoirs publics exercent une tutelle sur le Régime général de l'assurance vieillesse⁸⁰. Le gouvernement nomme son directeur et supervise la gestion. Les représentants des employeurs et des employés siègent dans les conseils d'administration au niveau national et local⁸¹ où ils ont autorité pour contrôler et donner leur avis. Les décisions clés et les modifications dans la retraite de base (calcul, ouverture des droits, réévaluation, etc.) sont issues de la législation.

Les partenaires sociaux ont un rôle beaucoup plus important dans la gestion des régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse, qui sont issus des accords entre les syndicats ouvriers et patronaux et sont gérés par des organismes privés à but non lucratifs. Des accords périodiques définissent les conditions de l'ouverture des droits (taux de cotisation, calcul des prestations contributives et non contributives, etc.). Les conseils d'administration sont strictement paritaires entre les syndicats ouvriers et les fédérations patronales, avec une présidence tournante entre les partenaires.

⁸⁰ CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés). Les retraites sont calculées et payées par les caisses locales en charge également de certains domaines de l'assurance maladie (Caisses régionales d'assurance maladie : CRAM).

⁸¹ Au niveau national, le conseil d'administration est composé de 30 membres : 13 représentants des salariés désignés par les syndicats ouvriers, 13 représentants des employeurs désignés par leurs syndicats, et 4 personnes représentant le gouvernement.

Les réformes des retraites des salariés au cours des dernières années présentent ces différents modèles de management: d'une part, en 1933 le parlement a promulgué une loi qui modifie l'ouverture des droits de la future retraite de base. D'autre part, les partenaires sociaux ont défini les paramètres des retraites complémentaires à travers une série d'accords cadres⁸².

II. Les régimes autonomes d'assurance vieillesse des professions indépendantes

Ces régimes couvrent les professions indépendantes. Ils comportent, dans la plupart des cas, une retraite de base et une retraite complémentaire. Toutes deux sont de manière générale obligatoires.

A. Les régimes de base

Jusqu'à présent, trois catégories d'organismes sont responsables de la couverture de base obligatoire, sous le contrôle de l'Etat.

Les deux premiers (qui sont la CANCAVA⁸³ pour les artisans et l'ORGANIC⁸⁴ pour les commerçants et les industriels) gèrent, *de facto*, un régime de retraite de base qui suit les règles qui s'appliquent au Régime général des travailleurs salariés du secteur privé (cotisation, calcul des droits) et seront regroupées à compter du 1er janvier 2006 avec la CANAM au sein d'un Régime Social des travailleurs Indépendants (RSI). Le troisième rassemble une variété de régimes liés à la profession, possédant chacun des fonds propres.

1. Les artisans, les commerçants et les industriels

Le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille a déposé le 6 juillet 2005 au Parlement le projet de loi ratifiant l'ordonnance relative à la création à titre provisoire d'institutions communes aux régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants. Cette ordonnance prépare la mise en oeuvre d'une réforme de grande ampleur concernant la protection sociale des professions indépendantes : il s'agit de la création, à compter du 1er janvier 2006, d'un Régime social des travailleurs indépendants (RSI).

Ce régime qui sera instauré par une seconde ordonnance regroupera les trois réseaux des caisses de sécurité sociale qui assurent la couverture sociale de près de trois millions de personnes : la CANAM pour l'assurance maladie des artisans, des commerçants et des professions libérales, la CANCAVA et

⁸² Ceci s'applique également aux modifications de l'âge de départ à la retraite pour les travailleurs salariés : une loi de 1982 fixe les conditions d'ouverture des droits pour une pension à taux plein du Régime général à l'âge de 60 ans. Les partenaires sociaux ont passé un accord national pour les retraites complémentaires obligatoires pour ce même âge de départ à la retraite et ont fixé une cotisation spéciale pour financer cette réforme. Des négociations périodiques poursuivent cette politique.

⁸³ Caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale.

⁸⁴ Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce.

l'ORGANIC pour l'assurance vieillesse-invalidité-décès des artisans et des commerçants. Le RSI exercera également les missions d'interlocuteur social unique pour le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales personnelles des travailleurs indépendants.

Cette réforme a été préparée en lien étroit avec les présidents et les conseils d'administration des caisses nationales concernées qui sont à l'origine de ce regroupement et dans le cadre d'un dialogue social avec les représentants des personnels.

Pour mettre en place le régime social des travailleurs indépendants et l'interlocuteur social unique, l'ordonnance instaure une instance nationale provisoire élue, qui se substitue aux conseils d'administration des caisses nationales CANAM, CANCAVA et ORGANIC, et prévoit la nomination par l'État d'un directeur général commun à ces trois organismes nationaux.

L'instance nationale provisoire est notamment chargée de :

- proposer le schéma d'implantation territoriale des futures caisses de base du nouveau régime ;
- préparer la fusion des trois caisses nationales actuelles ;
- négocier les garanties sociales dont bénéficieront les agents.

2. Les professions libérales

Onze sections professionnelles différentes sont regroupées au sein d'une caisse nationale, la CNAVPL⁸⁵. Les cotisations au régime de base peuvent différer d'une section à l'autre mais demeurent inférieures aux cotisations des autres régimes de retraite de base⁸⁶. L'âge de la retraite pour une pension à taux plein est de 65 ans⁸⁷. Le montant maximum d'une retraite versée dans ces 3 régimes est faible, un peu au-dessus du montant du minimum vieillesse garanti⁸⁸.

⁸⁵ Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

⁸⁶ La part des cotisations est fixe, cette part est assise sur le revenu professionnel. Ces éléments sont tous deux déterminés annuellement par une loi.

⁸⁷ Mais la possibilité est désormais ouverte aux assurés de la CNAVPL de liquider leurs droits à la retraite sans pénalités financières dès l'âge de 60 ans. Voir <http://www.cor-retraites.fr/>.

⁸⁸ Il est fixé à 2,5 fois le montant de l'allocation vieillesse des travailleurs salariés qui est une part du montant du minimum vieillesse garanti. Depuis le 1^{er} janvier 2003, il est de 577,91 € par mois. Dans la fonction publique, le minimum garanti est de 944,87 € par mois.

B. Les régimes complémentaires

1. Les artisans, les commerçants et les industriels

Les commerçants cotisent à un régime complémentaire pour la retraite de leur conjoint, quel que soit leur régime matrimonial. Les personnes mariées ont des droits ouverts à un complément de retraite⁸⁹. Ce régime est géré par l'ORGANIC.

L'ORGANIC gère également les pensions complémentaires facultatives pour les commerçants et industriels.

La CANCAVA gère une retraite complémentaire obligatoire, sur une base contributive. Les cotisations sont assises sur une partie des revenus professionnels⁹⁰.

2. Les professions libérales

Le Régime des professions libérales (à l'exception du régime qui protège les sages-femmes) gère des régimes complémentaires⁹¹. La CNAVPL gère également un régime volontaire de retraite (FONLIB).

III. Les Régimes spéciaux : les fonctionnaires et les entreprises du secteur public

Les fonctionnaires de l'Etat (civils et militaires), les agents titulaires des collectivités locales ou les employés des hôpitaux publics ainsi qu'un certain nombre d'employés des entreprises publiques cotisent à différents régimes spéciaux. Environ 5,5 millions de salariés cotisent à ces régimes, le plus important étant celui du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat⁹². Les données présentées ci-après se réfèrent à ce régime.

Contrairement aux régimes de retraite du secteur privés, les régimes du secteur public ont pour leur plus grande part peu changé.

⁸⁹ 25% jusqu'à 50% de la pension de base.

⁹⁰ 4 fois le niveau du plafond de la Sécurité sociale.

⁹¹ Les professionnels appartenant à certaines professions médicales bénéficient également d'une retraite complémentaire financée pour partie (2/3) par l'assurance maladie du Régime général (s'ils ont signé la convention nationale passée entre leur syndicat professionnel et l'assurance maladie).

⁹² Ce régime demeure sans statut juridique. Le nombre de pensionnés civils et militaires de l'Etat s'élevait à 1,9 million de personnes au 31 décembre 2002. Le montant des pensions servies était de 30,93 Mds € en 2002.

A. Les retraites

Un fonctionnaire de l'Etat qui compte au moins 15 ans de service⁹³ peut faire valoir ses droits à la retraite à partir de l'âge de 60 ans⁹⁴. Le montant de la pension représente 2% du salaire final par année de cotisation. Un maximum de 37,5 ans est pris en compte⁹⁵. En revanche, dans les régimes du secteur privé, les cotisations sont payées sur la totalité du salaire (salaire, heures supplémentaires, primes, etc.). Les cotisations des fonctionnaires de l'Etat ne sont pas assises sur les primes, ce qui peut conduire à des différences importantes entre les revenus professionnels et la retraite, selon leur grade dans l'emploi.

Une majoration de 10% est payée aux retraités qui ont élevé au moins trois enfants⁹⁶.

B. Les droits dérivés

La veuve non-remariée d'un fonctionnaire bénéficie d'une pension équivalente à 50% des droits à la pension. Un veuf est soumis à des conditions légèrement plus strictes⁹⁷. Un orphelin de moins de 21 ans a des droits ouverts pour une pension de 10% de la pension du parent décédé.

C. Les retraites complémentaires

Les retraites complémentaires volontaires ont été créées, pour répondre au fait que les régimes de retraite des fonctionnaires n'avaient pas d'allocations complémentaires. Ces régimes sont uniquement financés⁹⁸ par les cotisations des salariés.

⁹³ Les fonctionnaires qui ne répondent pas à ces critères sont couverts par le Régime général de la Sécurité sociale.

⁹⁴ Une exception : à l'âge de 55 ans pour un certain nombre de métiers pénibles (par exemple policier, infirmière). La condition d'âge ne s'applique pas aux mères de 3 enfants et plus. Dans le secteur privé, l'âge limite de la retraite - généralement 65 ans - est obligatoire pour les emplois de fonctionnaires.

⁹⁵ 40 ans maximum pour un fonctionnaire qui bénéficie de périodes additionnelles ajoutées aux périodes contributives (ex. : 1 année par enfant pour les femmes fonctionnaires).

⁹⁶ 5% est ajouté à chaque enfant supplémentaire.

⁹⁷ Les veufs n'ont pas droit à la pension de réversion avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans, mais une pension peut être servie à leurs enfants à charge.

⁹⁸ Les deux principales retraites complémentaires sont le Préfon et le COREM (qui prend la suite du CREF).

TROISIEME PARTIE : LA POLITIQUE FAMILIALE

Introduction

La politique familiale, qui s'exprime d'abord dans le droit civil de la famille, mobilise de multiples acteurs en France. L'Etat bien sûr, que ce soit à travers la gratuité de l'éducation nationale, et ceci dès l'école maternelle, la gestion d'une part de l'aide sociale, et un système de réductions fiscales en cas de charge d'enfant à travers un quotient familial à l'impact financier substantiel. Les collectivités locales, ensuite, dont l'action devrait être renforcée par la nouvelle loi sur la décentralisation.

Si la politique familiale n'est pas le seul monopole de la branche famille de la Sécurité sociale (la couverture des ayants droits en assurance maladie et l'existence d'avantages familiaux de vieillesse mobilisent tant la Caisse nationale d'assurance maladie que la Caisse nationale d'assurance vieillesse), celle-ci demeure un acteur majeur en la matière, tant par un système de prestations familiales généreux, même s'il a régressé de manière relative dans l'ensemble de la Sécurité sociale depuis 1946, que par une action sociale importante. Et ceci même si ladite branche, depuis le milieu les années 1970, abrite désormais des dépenses sociales importantes, et gère de facto en masse financière près des trois quarts de la politique française du logement.

Depuis 1978, les prestations familiales ont été étendues à l'ensemble de la population, sans condition d'activité professionnelle. Si nombre de ces prestations sont soumises aujourd'hui à condition de ressources (et notamment les aides personnelles au logement versées aux familles), en masse financière environ la moitié d'entre elles sont versées de manière universelle.

La Caisse nationale des allocations familiales est à la tête d'un réseau de 122 caisses d'allocations familiales mobilisant 35 000 agents, gérant près de 30 prestations pour un coût de gestion voisin de 3 % des prestations versées.

Les usagers des CAF étaient 11 162 000 en 2003 dont :

- 6 717 000 familles avec au moins un enfant à charge (dont 5 784 000 couples et 933 000 isolés ou isolées),
- 4 445 000 allocataires sans enfant à charge.

Les dépenses fonctionnelles de la CNAF se répartissaient en 2003 entre :

- 48,64 Mds € de prestations légales,
- 2,56 Mds € d'action sociale,
- 1,66 Mds € de dépenses de gestion administrative.

Les dépenses de prestations légales se répartissaient en 2003 comme suit :

- 29,3 Mds € de prestations familiales,
- 13,4 Mds € d'aides au logement,
- 9,3 Mds € de prestations sociales.

I. Les différentes catégories de prestations

Même si le système peut apparaître complexe, il est marqué par des axes directeurs forts et assez bien adaptés à la réalité sociologique française.

A. Les prestations familiales proprement dites

Elles sont dominées par des aides ciblées vers les familles ayant de jeunes enfants à charge, les familles nombreuses et les familles monoparentales qui sont dans leur immense majorité des femmes. S'y ajoutent des aides à des familles en situations particulières (enfants handicapés) ou à des périodes spécifiques de l'année (allocation de rentrée scolaire).

1. Les aides à la petite enfance⁹⁹.

En constante progression depuis le début des années 1980, prenant en compte l'importance du travail professionnel féminin en France (taux voisin de 80 % sur la tranche d'âge 25-48 ans), elles s'efforcent de lever les contraintes autour du « libre choix » entre activité professionnelle et vie familiale. Une importante réforme est intervenue le 1er janvier 2004 par la création de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Le dispositif s'articule de la manière suivante :

- Une prime à la naissance (ou à l'adoption) versée au cours du 7ème mois de grossesse d'un montant de 826,10 €, permettant de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant. Même si elle est soumise à une condition de ressources, 90 % des familles françaises la perçoivent.
- Après la naissance, 90 % des familles, là encore, perçoivent une allocation de base de 165,22 €/mois.
- Si l'un des parents cesse son activité professionnelle pour élever l'enfant (ou réduit cette activité), il peut ouvrir droit à une allocation complémentaire de libre choix d'activité. Versée pendant 6 mois pour un premier enfant, cette prestation l'est jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant pour le deuxième et les suivants. En cas de cessation totale d'activité le montant maximum de l'aide est de 339,94 €/mois.
- Si la mère reprend une activité professionnelle après le congé de maternité, la famille a droit au complément de libre choix du mode de garde. À cet égard, la CAF prend en charge les cotisations sociales dues pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (100 %) ou d'une garde à domicile (50 % dans la limite d'un plafond).

⁹⁹ Voir <http://www.caf.fr/>.

Par ailleurs, la CAF prend en charge une partie de la rémunération d'un emploi salarié. Cette aide est d'autant plus importante que l'enfant est en bas âge, le nombre d'enfant élevé et le revenu modeste. L'aide maximum directe est de 382 €/mois¹⁰⁰.

Si la famille a recours à une association ou à une entreprise, l'aide peut atteindre 749 €/mois¹⁰¹.

2. Les aides aux familles progressant avec le nombre d'enfants

Si les familles de trois enfants et plus ne représentent qu'un peu moins de 1/5ème du total des familles, elles assurent la charge de 43 % du total des enfants. Appartenant le plus souvent à des catégories sociales modestes, leur effort budgétaire croît fortement avec la taille de la famille. C'est pourquoi, le système français leur assure (aides au logement comprises) le versement de près de 46 % du total des prestations.

2.1. Les allocations familiales

Versées sans condition de ressources, elles sont très modulées en fonction de la taille de la famille. Les familles de 1 enfant n'y ont pas droit (pour autant 1/3 des familles de 1 enfant perçoivent d'autres prestations et notamment, sous condition de revenu, les aides personnelles au logement).

Le montant des allocations familiales est de :

- 115,07 €/mois pour 2 enfants ;
- 262,49 €/mois pour 3 enfants ;
- 147,42 €/mois par enfant supplémentaire.

Par ailleurs, le montant des allocations familiales est majoré quand les enfants grandissent.

A 11 ans, la majoration mensuelle est de 32,36 €. Elle est de 57,54 € à 16 ans. Mais comme l'aîné des familles de 2 enfants n'y a pas droit, le système ne joue à plein que pour les familles nombreuses.

2.2. Le complément familial

Cette prestation, d'un montant de 149,76 €/mois¹⁰², s'ajoute aux allocations familiales proprement dites pour les familles de trois enfants et plus, après versement de la PAJE.

¹⁰⁰ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰¹ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰² Voir <http://www.caf.fr/>.

Elle est soumise à une condition de ressources (sachant que c'est largement le revenu net imposable qui est pris en compte). Ainsi, environ 83 % des familles concernées perçoivent le complément familial.

2.3. L'assurance vieillesse des parents au foyer

Les familles nombreuses sont de larges bénéficiaires de cette prestation qui conduit les CAF à cotiser pour le parent restant au foyer pour ses futurs droits à la retraite, comme s'il exerçait une activité professionnelle.

3. Les aides aux familles monoparentales

Elles sont motivées par le fait que ces familles (femmes seules dans la majorité des cas) ont des revenus très inférieurs à la moyenne et ont connu des ruptures familiales souvent douloureuses accompagnées du mauvais paiement des pensions alimentaires.

3.1. L'allocation de soutien familial

C'est « l'aide au long cours » des familles monoparentales. Sous condition de vie isolée mais sans condition de ressources, l'allocation de soutien familial vient s'ajouter aux autres aides existantes et bénéficie soit aux veuves ou veufs, soit à la personne qui assure la charge d'un enfant abandonné par les deux parents ou par un seul.

L'aide est de 107,87 € en cas d'enfant privé de ses deux parents ou de 80,91 € en cas d'enfant privé de l'un des deux¹⁰³.

3.2. L'aide au recouvrement des pensions alimentaires

Le créancier d'aliment (le plus souvent la mère) peut donner subrogation et mandat à la CAF pour l'aider à recouvrer les pensions alimentaires non payées. Cette dernière a accès aux fichiers bancaires, entre autres, pour faciliter sa tâche¹⁰⁴.

3.3. L'allocation de parent isolé¹⁰⁵

Premier minimum social géré par la branche famille de la Sécurité sociale, l'allocation de parent isolé a été créée en 1976.

¹⁰³ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰⁴ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰⁵ Voir <http://www.caf.fr/>.

Elle permet d'assurer sous forme d'allocation différentielle, un minimum de ressources au parent isolé :

- jusqu'au 3ème anniversaire de l'enfant,
- ou à défaut pendant un an.

A noter que le minimum est assuré pendant la période de grossesse.

Pour un parent avec un enfant à charge, le minimum de ressources garanti est de 722,75 €/mois.

4. Les autres aides

4.1. Les situations particulières

4.1.1. L'enfant handicapé : l'allocation d'éducation spéciale

La condition la plus courante est que l'incapacité permanente de l'enfant soit de 80 %.

Le montant de l'aide de base est de 115,64 €/mois¹⁰⁶.

Cette aide est majorée par un complément (il en existe six) qui varie en fonction des dépenses spécifiques engagées, de la nécessité pour le parent de cesser son activité professionnelle ou d'embaucher une tierce personne pour l'aider. Le complément se situe dans une fourchette allant de 86,73 €/mois à 964,78 €/mois.

4.1.2. L'enfant malade : l'allocation de présence parentale

Cette allocation permet d'aider un parent contraint à cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle lorsque l'enfant est gravement malade, accidenté ou handicapé.

L'aide est de 823,31 €/mois en cas de cessation totale d'activité et de 411,68 €/mois en cas d'activité à mi-temps.

La durée de perception s'étale de 4 à 12 mois.

4.2. L'allocation de rentrée scolaire¹⁰⁷

Elle est versée, sous condition de ressources, à environ 3 millions de familles à l'occasion de la rentrée scolaire pour les enfants âgés de 6 à 18 ans.

Son montant est en 2005 de 263,28 € par enfant scolarisé.

¹⁰⁶ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰⁷ Voir <http://www.caf.fr/>.

B. Les aides personnelles au logement¹⁰⁸

Elles sont destinées aux personnes qui paient un loyer ou remboursent un prêt d'accession à la propriété pour leur résidence principale.

Elles sont très modulées en fonction de la dimension des familles, et surtout des revenus. En clair, on a d'autant plus de chance de percevoir une aide au logement que le revenu est bas, le nombre d'enfant à charge est important et la charge de logement substantielle.

Ainsi, 6 allocataires des CAF sur 10 perçoivent ces aides, très redistributives en fonction des revenus. Un locataire sur deux et un accédant à la propriété sur cinq en sont bénéficiaires.

L'aide la plus universelle est l'Aide personnalisée au logement (APL). Elle suppose, en location, l'existence d'une convention avec l'Etat sur la qualité du logement, convention passée avec le bailleur (notamment le parc HLM). En accession, elle suppose l'octroi d'un prêt social ou aidé par l'Etat.

Le logement doit revêtir des conditions minimales de confort, de salubrité et de peuplement.

Des prêts à l'amélioration de l'habitat et des primes de déménagement pour les familles nombreuses viennent compléter le dispositif des aides au logement.

C. Les prestations sociales

1. L'allocation aux adultes handicapés¹⁰⁹

Elle vient compléter les ressources existantes (s'il en existe) ou assurer un revenu tout court, pour garantir un minimum d'existence.

Il faut avoir de 20 à 60 ans (limite d'âge la plus courante avant de passer au système des retraites vieillesse). L'incapacité permanente doit être d'au moins 80 % ou être comprise entre 50 et 80% avec une reconnaissance d'inaptitude par la Commission technique d'orientation et de reclassement du département (COTOREP).

Le revenu minimum garanti est de 599,49 €/mois.

¹⁰⁸ Voir <http://www.caf.fr/>.

¹⁰⁹ Voir <http://www.caf.fr/>.

2. Le revenu minimum d'insertion ¹¹⁰

C'est le dernier filet de protection sociale français et il touche un peu plus de 1 million de bénéficiaires.

L'intéressé doit avoir plus de 25 ans (sauf cas de grossesse en charge d'enfant).

Les ressources mensuelles moyennes du foyer pendant les trois mois précédents ne doivent pas dépasser le montant mensuel de ressources garanti à savoir :

- 425,40 € pour un isolé,
- 638,10 € pour un couple sans enfant,
- 765,72 € pour un couple avec un enfant à charge.

C'est le conseil général du département qui donne son accord à l'ouverture du droit.

L'intéressé doit s'engager à souscrire un contrat d'insertion.

Pour inciter l'intéressé à prendre ou reprendre une activité professionnelle, on peut cumuler pendant un an la totalité ou une partie du RMI avec des revenus d'activité professionnelle.

II. L'organisation

La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et ses caisses locales (CAF) sont contrôlées par des conseils d'administration composés de représentants des syndicats de salariés et patronaux, des associations familiales et de personnes qualifiées. Les partenaires sociaux participent à la gestion des programmes d'aides aux familles, mais les décisions clés et les orientations politiques sont prises par l'Etat.

Pour ce qui concerne l'action sociale, le cadrage budgétaire est arrêté par l'Etat mais les décisions relèvent des conseils d'administration nationaux et locaux.

¹¹⁰ Voir <http://www.caf.fr/>.

QUATRIEME PARTIE : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ET LES AIDES COMPLEMENTAIRES

D'une part, les prestations de la Sécurité sociale sont traditionnellement financées par les cotisations des salariés et des employeurs. D'autre part, les programmes d'aide sociale sont le reflet d'un devoir social envers les membres les plus démunis de la population et sont financés principalement par les impôts. Depuis 1984, les départements ont reçu la charge de la plus grande partie des programmes d'aide sociale.

Les personnes peuvent bénéficier de ces prestations si leur revenu (et ceux des membres de leur famille) se situe au-dessous d'un certain seuil.

I. L'Action sociale

Les programmes gérés par les départements concernent trois catégories : les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. En 2003, environ 1 300 000 personnes ont bénéficié de ces types de programmes d'aide¹¹¹.

L'Assistance Médicale a été remplacée par la Couverture maladie universelle (CMU)¹¹², qui relève maintenant de la responsabilité de l'Etat¹¹³.

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 (lois du 20 juillet 2001 et du 1^{er} avril 2003), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus dont le niveau de dépendance est évalué en Gir 1 à 4 (voir Annexe 3). L'ouverture des droits n'est pas soumise à conditions de ressources, une participation financière restant toutefois à la charge des bénéficiaires dès lors que leurs ressources sont supérieures à un montant révisé périodiquement.

Au 31 décembre 2004, 865 000 personnes bénéficiaient de l'APA, soit 172 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus.

¹¹¹ 819 000 personnes ont bénéficié de l'aide aux personnes âgées et 209 000 personnes percevaient l'aide aux personnes handicapées, les enfants et jeunes adultes (moins de 35 ans) étant majoritairement placés en établissement. Enfin, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, 134 000 enfants ont fait l'objet d'un placement tandis que près de 128 000 ont bénéficié d'une aide éducative. L'aide sociale départementale aux personnes âgées augmente considérablement en 2002 avec la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), le nombre de ses bénéficiaires étant multiplié par 2,3 et s'établissant à 873 000 personnes au 31 mars 2005. La structure de l'aide sociale départementale est ainsi profondément modifiée: l'aide aux personnes handicapées, qui représentait le quart des bénéficiaires de l'aide sociale, n'en représente plus aujourd'hui que 16 % ; de la même façon l'aide sociale à l'enfance qui représentait près du tiers des bénéficiaires passe à 20 %. L'aide sociale aux personnes âgées progresse au contraire de 43 % à 64 % de l'ensemble des bénéficiaires. Voir Claire BAUDIER-LORIN et Benoît CHASTENET, « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2002 », n° 61, janvier 2004.

¹¹² Voir supra Première Partie.

¹¹³ L'Etat est aussi responsable des programmes pour les personnes sans abri.

Les programmes pour les personnes handicapées

Environ 209 000 personnes ont bénéficié de ces programmes d'action. En 2002, 54 % des adultes handicapés bénéficient d'une aide en établissement et 46 % d'une aide à domicile¹¹⁴. Environ 112 000 personnes résident dans des structures spécialisées et 96 000 personnes sont bénéficiaires d'une aide à domicile¹¹⁵.

Les programmes pour les enfants

Ces programmes comprennent les mesures administratives et judiciaires pour la protection de l'enfance en danger¹¹⁶.

II. La politique de revenu minimum

Le Revenu minimum d'insertion (RMI)

En 1989¹¹⁷, le droit à un revenu minimum garanti (Revenu minimum d'insertion, RMI) fut mis en place en France. Bien que d'autres revenus minima existaient déjà, visant des groupes particuliers de population¹¹⁸, le RMI est attribuable à toute personne résidant régulièrement en France, âgée de plus de 25 ans¹¹⁹ sans ressources. Selon la loi, l'octroi de l'allocation est subordonné à un contrat d'insertion, engagement entre le bénéficiaire et les services sociaux départementaux. Ce contrat a pour objectif de promouvoir l'intégration sociale du bénéficiaire.

Le nombre de bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion en 2003 (France métropolitaine et DOM) était légèrement supérieur à 1,21 million de personnes

¹¹⁴ Voir Claire BAUDIER-LORIN et Benoît CHASTENET, « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2002 », n° 61, janvier 2004. La loi n°2005-102 crée la prestation de compensation qui remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne en élargissant le public bénéficiaire. Son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2006. Le montant de l'allocation varie selon les besoins et se situe entre 385,91 € et 771,82 € par mois. Voir <http://www.service-public.fr/>.

¹¹⁵ Pour l'essentiel, l'aide à domicile des départements aux personnes handicapées intervient à travers le versement de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Cette allocation en espèces a été versée en 2002 à 82 800 adultes handicapés ayant besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Leur nombre est en très légère hausse, de 1 % en 2002. Voir Claire BAUDIER-LORIN et Benoît CHASTENET, « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2002 », n° 61, janvier 2004.

¹¹⁶ L'Aide sociale à l'enfance (ASE) est placée sous l'autorité des présidents des conseils généraux. Les dispositions régissant le service de l'aide sociale à l'enfance figurent aux articles L221-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Voir Claire BAUDIER-LORIN et Benoît CHASTENET, « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2002 », n° 61, janvier 2004.

¹¹⁷ Loi n°88-1088, 1^{er} décembre 1988 (JO du 3 décembre 1988).

¹¹⁸ Le minimum vieillesse, l'Allocation de parent isolé, l'Allocation aux adultes handicapés.

¹¹⁹ Sans condition d'âge pour une personne ayant un enfant à charge.

(environ 2 millions de personnes sont concernées, si on prend en compte les personnes à charge). Le coût estimé en 2003, était de 5,3 Mds €¹²⁰.

Le RMI est une allocation de subsistance qui couvre la différence entre le revenu de la personne (revenu du travail, allocations ou prestations diverses) et le revenu minimum garanti. Le montant maximum s'élève au 1^{er} janvier 2005 à 425,40 € par mois pour une personne seule¹²¹. Certaines prestations logement¹²² peuvent être perçues simultanément avec le RMI.

L'ouverture des droits dépend du revenu et de l'âge du demandeur qui peut en bénéficier pour une recherche d'emploi ou de formation. Les bénéficiaires du RMI disposent de la couverture des soins grâce à la Couverture maladie universelle (CMU¹²³).

Le Revenu minimum d'activité (RMA)

Mis en place le 1^{er} janvier 2004¹²⁴, le Revenu minimum d'activité est un contrat de travail à temps partiel de 20 heures minimum par semaine, d'une durée de 6 mois. Il est renouvelable 2 fois dans une limite de 18 mois. Le montant du RMA se calcule au minimum sur la base du SMIC, proportionnellement au nombre d'heures effectuées. Dans le cas d'un foyer, chaque membre de la famille, y compris l'allocataire, garde le bénéfice de ses droits au RMI tels que la couverture maladie universelle de base et complémentaire (CMU), l'exonération de la taxe d'habitation, ...

Le RMA peut être utilisé par les employeurs du secteur marchand (à l'exception des particuliers employeurs) et ceux du secteur non marchand (sauf l'Etat et le département). L'employeur reçoit du conseil général une aide s'élevant au montant du RMI, reste à sa charge la différence entre le salaire versé et le RMI.

Le RMA vise à contrecarrer le fait qu'une personne quittant un minimum social voit ses ressources diminuer lorsqu'elle reprend un emploi à bas salaire. Le RMA offre désormais une nouvelle possibilité de reprendre un emploi pour l'allocataire du RMI, tout en conservant ses droits connexes (CMU, ...).

¹²⁰ Voir Julien BECHTEL, Laurent CAUSSAT, Christian LOISY, « Les comptes de la protection sociale en 2003 », n° 70, octobre 2004.

¹²¹ Ce montant est de 638,10 € pour une personne seule avec un enfant, de 765,72 € pour une personne seule avec deux enfants, de 638,10 € pour un couple, de 765,72 € pour un couple avec un enfant et de 893,44 € pour un couple avec deux enfants (www.service-public.fr/).

¹²² D'autres prestations et allocations peuvent être perçues simultanément : allocation pour enfant handicapé (Allocation d'éducation spéciale : AES), allocation pour frais de scolarité (Allocation de rentrée scolaire : ARS) et autres allocations compensatoires.

¹²³ Voir *supra*, Première Partie.

¹²⁴ Le nombre d'allocataires bénéficiant du RMA s'élevait à 1 million au 31 décembre 2004 (DREES, Etudes et Statistiques, n° 384, mars 2005).

III. L'Action sociale complémentaire

Les institutions de Sécurité sociale consacrent une fraction de leur budget aux différentes catégories d'action sociale¹²⁵. Celles-ci peuvent bénéficier aux personnes au travers d'allocations complémentaires. Ce budget est également utilisé pour le financement de différents programmes.

De la même façon, le régime agricole (MSA) a mis en place une politique de santé et d'action sociale, aussi bien que d'assistance aux personnes, dans le but de répondre aux besoins spécifiques de la population des agriculteurs.

Le régime d'assurance maladie des professions indépendantes (géré par la CANAM) exerce également une action sociale destinée à ses assurés en difficulté.

¹²⁵ Par exemple en 2003, les différentes branches faisant partie du Régime général de la Sécurité sociale (CNAV, CNAF et CNAM) ont consacré environ 2,4 Mds € aux différentes mesures d'action sociale individuelles ou collectives. Voir : Commission des comptes de la Sécurité sociale, « La Sécurité sociale », septembre 2004. Le Régime complémentaire de retraite ARRCO a consacré en 2003 158,9 millions € sur un montant total de 29,5 Mds € consacré aux dépenses d'ordre social. Voir <http://www.arcco.fr/>.

CINQUIEME PARTIE : L'INDEMNISATION DU CHOMAGE

Introduction

Le régime d'assurance chômage est l'une des composantes majeures du système de protection sociale en France. Depuis sa création en 1958, il assure l'indemnisation des salariés privés d'emploi en s'adaptant à la conjoncture économique et aux évolutions du marché de l'emploi.

Dans le cadre législatif français, la définition des règles d'indemnisation et de financement du dispositif pour le secteur privé a été dévolue aux partenaires sociaux.

L'assurance chômage est issue d'un système contractuel :

- Une première convention relative aux institutions définit l'organisation, les statuts et les attributions de chacune des institutions de l'assurance chômage, lesquelles sont régies par la Loi du 1^{er} juillet 1901 (associations à but non lucratif).
- Une seconde convention relative à l'aide au retour à l'emploi et à l'indemnisation du chômage définit les grandes orientations du système. Elle fixe les règles de l'indemnisation, des aides à l'emploi et de financement de ces prestations. Agréée par les pouvoirs publics, cette convention est révisée régulièrement afin de s'adapter aux évolutions technologiques, économiques, sociales et démographiques.

L'assurance chômage est gérée paritairement : les organes de décisions - Conseil d'administration et Bureau - de l'UNEDIC¹²⁶ (institution nationale), des ASSEDIC¹²⁷ et du GARP¹²⁸ (institutions locales) sont composées, à part égale, des représentants des organisations nationales d'employeurs et syndicales représentatives au plan interprofessionnel.

L'assurance chômage comptait en mai 2005 4,3 millions de demandeurs d'emploi et 2,7 millions de bénéficiaires d'allocations. Il y avait à la fin de l'année 2004 plus de 1,6 million d'entreprises ayant cotisé, près de 16 millions de salariés cotisants et environ 26,7 Mds € de cotisations recouvrées.

Dans le domaine de l'indemnisation et des aides au retour à l'emploi, l'assurance chômage verse plus de 31 Mds € par an en allocations.

¹²⁶ Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

¹²⁷ Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

¹²⁸ Gestionnaire du régime d'assurance chômage des expatriés.

I. Les prestations chômage ¹²⁹

A. Les prestations d'assurance chômage basées sur l'ancien salaire

L'assurance chômage est financée par les cotisations des employeurs et des salariés, assises sur le salaire brut jusqu'à environ 8,5 fois le salaire minimum garanti¹³⁰.

Les personnes qui peuvent bénéficier des allocations sont celles qui ont travaillé 6 mois ou plus, n'ont pas quitté volontairement leur dernier emploi ou l'avant-dernier s'ils n'ont pas retravaillé 91 jours, qui sont physiquement aptes à l'exercice d'un emploi, qui sont inscrites comme demandeur d'emploi ou en formation, qui sont à la recherche effective et permanente d'un emploi, qui sont âgées de moins de 60 ans ou qui, si elles sont âgées de plus de 60 ans, ne peuvent pas prétendre à la liquidation de leur retraite (sans dépasser l'âge de 65 ans).

Le niveau des allocations est calculé sur la base des salaires antérieurs journaliers. Il existe 2 modes de calcul utilisé par l'ASSEDIC pour définir le montant de l'allocation : soit 40,4% du salaire de référence journalier augmenté d'un forfait ou 57,4% du salaire journalier de référence. L'ASSEDIC retient le plus haut de ces deux résultats du calcul. Quoi qu'il en soit, les allocations ne peuvent être inférieures à l'allocation minimum offerte par les allocations de l'UNEDIC et ne peuvent dépasser 75% du salaire de référence journalier.

La durée des allocations de chômage dépend de l'âge et la durée de l'emploi occupé précédemment.

B. Les prestations d'aide et de soutien personnalisé à la recherche d'emploi.

La double prestation concerne les salariés privés d'emploi inscrits comme demandeurs d'emploi qui ont signé un Plan d'aide au retour à l'emploi (PARE) dans lequel ils s'engagent à rechercher activement un emploi. Si l'intéressé remplit les conditions prévues par ce dispositif (établissement d'un projet d'action personnalisé, etc.), il percevra l'allocation de chômage (voir ci-dessus) versée à taux constant pendant toute la durée des droits.

¹²⁹ Des informations plus détaillées sont fournies par l'assurance chômage sur le site Internet : <http://www.portail.assedic.fr/> (y compris documentation en anglais). L'information présentée dans cette section est issue d'un document publié par l'UNEDIC - Délégation aux relations institutionnelles et internationales : « Les aspects essentiels de l'assurance chômage en France ».

¹³⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2003, les cotisations sont de 4,00% (part patronale) et de 2,40% (part salariale). Un complément de 0,50% est perçu sur tous les salaires au dessus d'un certain niveau.

C. La « Solidarité »

Cette partie du régime est financée par l'Etat et correspond au versement des allocations pour les chômeurs de longue durée en fin de droits. Des allocations sont également versées à certaines catégories de personne à la recherche d'un emploi et qui ressentent des difficultés spécifiques à en retrouver. Ces allocations sont fixes et soumises à conditions (le revenu de la personne et celui de son conjoint sont pris en compte).

II. L'organisation

L'Assurance chômage est gérée par un organisme national, l'UNEDIC, qui supervise l'activité des ASSEDIC et du Garp. L'UNEDIC assure :

- la mise en place de la réglementation décidée par les partenaires sociaux et veille à son application ;
- la gestion des opérations financières, le contrôle de la certification légale des comptes des institutions et de la régularité de leur gestion ;
- la conception et le développement des applications informatiques ;
- la définition du nombre et la territorialité des institutions ;
- les relations avec les instances nationales des partenaires sociaux et les pouvoirs publics ;
- la centralisation et l'analyse des informations liées à l'emploi et au chômage, et met ses données statistiques à disposition des Partenaires sociaux et des Pouvoirs publics ;
- la représentation de l'assurance chômage auprès des instances internationales, la réalisation d'études et de recherches dans le domaine de l'emploi dans le monde.

Les ASSEDIC, au nombre de 30, sont réparties géographiquement sur le territoire national et assurent :

- l'affiliation des employeurs et le recouvrement des contributions des employeurs et des salariés ;
- l'inscription des demandeurs d'emploi, le versement des allocations de chômage, des aides à la formation, à l'embauche et à la mobilité ;
- l'examen des conditions de réalisation des engagements pris par les demandeurs d'emploi dans le cadre de leur projet d'action personnalisé ;
- le versement des allocations financées par l'Etat (régimes de solidarité et de préretraite) ;
- les relations permanentes, au plan local, avec les services publics ou les organismes dont les activités concernent l'emploi ;
- la mise en œuvre du dispositif de soutien et d'accompagnement des chômeurs dans leur démarche de retour à l'emploi ;

SIXIEME PARTIE : LE FINANCEMENT DES DIVERS REGIMES

Introduction

En 2003, le montant global des prestations versées par les régimes de la Protection sociale en France s'élève à 465 Mds €, ce qui représente 29,9% du PIB.

Les prestations du régime vieillesse (pour les retraités ou les survivants) constituent la part la plus importante (42,9%) en 2003. Les dépenses de santé représentent 168 Mds €. Viennent ensuite les montants des prestations famille et maternité avec un montant de 43,9 Mds €, les indemnités du chômage (25,8 Mds €) et enfin, les dépenses de l'aide sociale et la lutte contre l'exclusion (6,5 Mds €)¹³¹.

La tendance à utiliser la fiscalité dans le financement de la Protection sociale

En France, les prestations de la Protection sociale ont été traditionnellement financées par les cotisations payées par les employeurs et les salariés. En 2004, ces cotisations représentaient 75%¹³² de la structure du financement. Ce modèle était en cohérence avec des cotisations directement assises sur les salaires, mais il a fait l'objet de nombreuses critiques, dans un contexte de généralisation de la couverture de la population et du développement des prestations non contributives. A partir des années 1960, les cotisations historiquement assises sur une partie du salaire ont été progressivement étendues à la totalité du salaire, à l'exception des cotisations pour les retraités¹³³.

D'autres modifications ont été mises en œuvre pour développer divers objectifs. L'un des objectifs fondamentaux a été de réduire le coût du travail, en particulier les coûts de la Sécurité sociale, sur les emplois à bas salaires. Un autre objectif a été de prendre en compte la capacité contributive financière totale des ménages. Enfin, une distinction plus rationnelle a été tentée pour séparer le financement qui relève des assurances sociales, de celui qui relève de la solidarité.

En termes de résultat, cela a conduit à une forte hausse des prestations financées par les impôts pendant les années 1990, passant de 7,2% en 1995,

¹³¹ Voir Julien BECHTEL, Laurent CAUSSAT, Christian LOISY, « Les comptes de la protection sociale en 2003 », n° 70, octobre 2004.

¹³² La part des cotisations est ainsi passée de 79,5 % en 1990 à 67,2 % en 2003, en légère augmentation par rapport à l'année précédente. Voir Julien BECHTEL, Laurent CAUSSAT, Christian LOISY, « Les comptes de la protection sociale en 2003 », n° 70, octobre 2004.

¹³³ Conséquence de l'existence d'un régime double obligatoire (voir supra). Les salariés du secteur privé cotisent à un régime de retraite de base sur la partie de leur salaire sous 3 fois le plafond de la Sécurité sociale (pour les employés) ou 4 fois sous le plafond (pour les cadres).

à 16,4% en 1999. Les autres sources de financement public représentent 1,8% des ressources de la Protection sociale¹³⁴. Deux facteurs ont contribué à ce résultat. Le premier a été la création en 1991 d'un impôt affecté pour une part au financement des prestations de Sécurité sociale, appelée la Contribution sociale généralisée (CSG), qui a été augmentée au cours des années suivantes. La CSG repose sur une base plus large que les cotisations sociales classiques. Elle est prélevée sur les salaires, les retraites et les revenus financiers ¹³⁵ et représente la part la plus importante des impôts affectés au financement des régimes de Sécurité sociale¹³⁶. Le second facteur, a été la mise en place au cours des années de l'exemption de la cotisation patronale pour certains emplois, en tant qu'élément de la politique de l'emploi¹³⁷.

Le financement des prestations par l'Etat en tant qu'élément d'une politique étendue de la solidarité joue également un rôle important. Par exemple, le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) et l'Allocation de parent isolé (API) sont financés par des crédits affectés par l'Etat à la Sécurité sociale¹³⁸.

La création de fonds visant à protéger la pérennité financière du système

Différents fonds ont été mis en place par des réformes pour répondre à la nécessité d'améliorer l'état des finances des différentes branches de la Sécurité sociale.

¹³⁴ Les impôts représentent 28,3% des ressources des régimes obligatoires. Voir *La Cour des comptes*, « La Sécurité sociale », septembre 2004.

¹³⁵ La CSG est un impôt complexe. Il a été mis en place pour venir en aide au budget de la branche Famille du Régime général en 1991. Sa première augmentation en 1993 avait pour objectif d'aider au financement de la partie non contributive des retraites de base. En 1997 et 1998, d'autres augmentations du niveau de la CSG ont été mises en place pour venir en aide à la branche Maladie. Les cotisations traditionnelles exigées pour la couverture de la branche Maladie ont été abaissées en conséquence (par exemple, la cotisation des salariés à la branche Maladie qui était de 6,8% du montant du salaire en 1994 est passé à 0,75% en 2000, et la CSG à 5,1%. Les cotisations patronales ont été maintenues à 12,8%. La CSG prélevée pour venir en aide au régime Maladie est déductible du revenu imposable (les cotisations des salariés et des employeurs sont déductibles : l'impôt sur le revenu est prélevé sur le salaire net). Les prélèvements CSG imposés pour financer les prestations famille et vieillesse ne sont pas déductibles.

¹³⁶ 63,9 Mds € en 2003 pour un montant total de 74,7 Mds € en impôts et taxes prélevés pour venir en aide aux régimes de Sécurité sociale. D'autres impôts et taxes existent, incluant l'alcool (2,9 Mds €) et le tabac (8,7 Mds €). Les impôts sont prélevés pour aider au financement de la couverture maladie de base (CNAM), 2 % de l'impôt sur les revenus des capitaux (soit 1,8 Mds €, la moitié étant prélevée pour la branche Famille (CNAF) et l'autre partie pour la branche Retraite de base des salariés (CNAV). Une part de la taxe sur la consommation (TVA) est affectée pour financer le régime agricole (4,4 Mds €). Voir *Cour des comptes*, « La Sécurité sociale », septembre 2004.

¹³⁷ En 1999, les cotisations des employeurs ont été exemptées pour un montant d'environ 11,89 Mds €, dont environ 9,15 Mds € compensés par des remboursements affectés aux régimes.

¹³⁸ Ces prestations ont été décrites supra (voir Troisième Partie « La politique familiale » et Quatrième Partie « l'action sanitaire et sociale »). La contribution de l'Etat s'élève à environ 5,1 Mds € pour le RMI en 2004, à 4,52 Mds € pour l'AAH et à 0,8 Mds € pour l'API.

Un Fonds national de solidarité vieillesse (FSV) a été créé en 1993 en tant qu'élément de la réforme des régimes de retraite de base. Il est chargé du financement de la part non contributive des prestations vieillesse. En particulier, il finance une part du revenu minimum vieillesse garanti. Il est abondé en partie par la CSG.

Un fonds pour le remboursement de la dette sociale¹³⁹ a été créé en 1995 pour aider la Sécurité sociale à faire face aux charges financières des déficits de l'assurance maladie et des régimes de retraite de base, accumulés au début des années 1990. Ce fonds est financé par un impôt prélevé sur l'ensemble des revenus¹⁴⁰ qui doit rembourser la dette en 13 années.

Le Fonds de réserve des retraites est une organisation permanente, créée pour accumuler les réserves financières qui seront nécessaires pour alimenter les régimes de retraite de base¹⁴¹ pour faire face à l'augmentation du coût des retraites. Annoncé en 1999, ce fonds doit accumuler une réserve d'au moins 152,45 Mds € en 2020¹⁴².

I. Le financement des prestations obligatoires

Pour les taux de cotisation qui financent les différentes prestations du Régime général, se reporter aux annexes.

A. Les principes organisateurs

Après 1945, les caisses de Sécurité sociale et d'allocations familiales du régime général se voient confier la tâche de recouvrer leurs propres cotisations. Afin d'appliquer des règles communes en matière d'encaissement des cotisations, les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sont ensuite créées en 1960. Cette évolution est parachevée en 1967 avec la création de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui assure la gestion commune et centralisée des ressources des 4 branches prestataires du régime général (maladie, accidents du travail, famille et vieillesse) et à cette fin coordonne, au niveau national, l'activité des 103 URSSAF présentes sur le territoire métropolitain et des 4 Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'Outre-Mer

Les ressources des différents régimes proviennent pour la plus grande part des cotisations assises sur les salaires.

¹³⁹ Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

¹⁴⁰ CRDS.

¹⁴¹ CNAV, ORGANIC, CANCAVA et le régime vieillesse des salariés du secteur agricole.

¹⁴² Source : Ministère de l'Economie et des Finances. Les ressources attendues d'autres sources sont notamment : 2% de la taxe sur les revenus du capital, le complément de la CNAV et du FSV et d'autres sources non récurrentes. Les réserves constituées au 1^{er} janvier 2005 s'élèvent à 18,9 Mds € (« Les comptes de la Sécurité sociale », Rapport provisoire, juin 2005).

Les régimes qui protègent les salariés prélèvent des cotisations patronales et salariales. La part des cotisations salariales est déduite à la source par l'employeur qui les verse aux agences de recouvrement des cotisations sociales (URSSAF). Les cotisations sont calculées par référence au salaire brut, c'est-à-dire le salaire net complété des cotisations salariales. Le coût total de la main d'œuvre comprend les cotisations patronales augmentées du salaire brut.

Le système de Sécurité sociale en France comporte une multitude de régimes fondés sur la profession ou le secteur économique, certains d'entre eux ont un nombre de cotisants qui décroît, conséquence du changement dans la structure de la main d'œuvre. Une série de mécanismes ont été mis en place pour protéger ces régimes dont la viabilité financière aurait autrement été menacée. Ces mécanismes de compensation des régimes les plus riches vers les régimes dont la démographie est fragile, représentent plus de 13,91 Mds €^{143 144}.

B. Le système décisionnel

Les cotisations des régimes de base

L'Etat contrôle les différents régimes et joue un rôle majeur dans la détermination du niveau des cotisations. Historiquement, les ministères ont exercé ce pouvoir. En 1996, un amendement à la constitution a octroyé au Parlement le pouvoir de définir chaque année par une loi, le financement de la Sécurité sociale. Cette loi, promulguée chaque année, définit les directions de la politique de santé et de Sécurité sociale. Elle définit les objectifs d'équilibre financier de la Sécurité sociale et présente les différents budgets nécessaires pour financer les régimes de base obligatoires. Elle définit un ensemble d'objectifs pour les différents régimes obligatoires aussi bien que pour le système tout entier de l'Assurance maladie¹⁴⁵.

¹⁴³ En 2004, voir « Compensation », Commission des comptes de la Sécurité sociale, Septembre 2003.

¹⁴⁴ Le premier dispositif de compensation a été créé dans le milieu des années 70. Il concernait à la fois les salariés et les professions indépendantes pour les prestations maladie et les pensions de retraite. D'autres dispositifs de compensation concernent d'une part les prestations de l'assurance maladie et les régimes rattachés au Régime général et d'autre part un certain nombre de régimes spéciaux. En 1986 fut créé un système entre les régimes de retraite complémentaires. D'une manière générale, le Régime général de Sécurité sociale, celui des fonctionnaires et des agents des collectivités territoriales, la CANAM et la CNAVPL financent une partie des prestations versées aux régimes de la SNCF, de l'armée, de l'ORGANIC. Pour les salariés du secteur agricole, le Régime général a mis en place un système de transfert. Pour les agriculteurs (non salariés), dont le revenu est faible, le Fonds national de solidarité finance le régime par le biais d'un budget annexe de l'Etat, le « Budget annexe des prestations sociales agricoles » (BAPSA).

¹⁴⁵ Code de la sécurité sociale, Article L0111-3.

Les cotisations aux régimes complémentaires et à l'assurance chômage

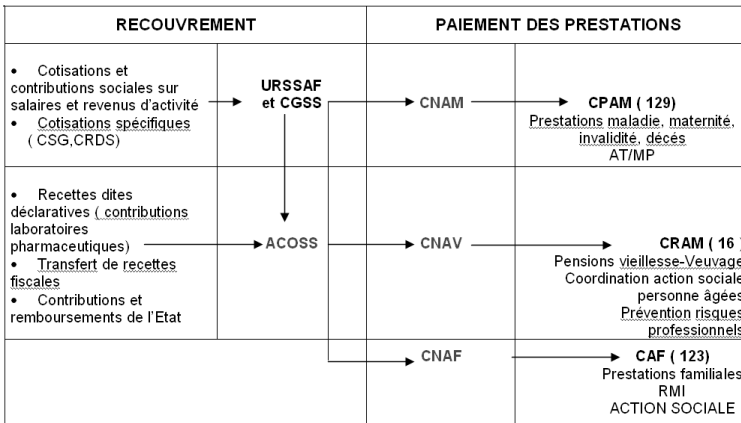
Les partenaires sociaux passent un accord sur le niveau des cotisations employeurs/salariés.

C. Le rôle de la branche recouvrement

L'ACOSS, les URSSAF et les CGSS sont chargées de collecter les cotisations et les contributions sociales (taxes affectées auprès de plus de 5 millions de cotisants : entreprises, particuliers, travailleurs indépendants, ...) et de redistribuer ces fonds aux caisses de Sécurité sociale (maladie, accidents du travail, famille, vieillesse) ainsi qu'à d'autres organismes et institutions qui leur ont confié le recouvrement de leurs recettes (Caisse d'amortissement de la dette sociale, Fonds de solidarité vieillesse, ...).

L'ACOSS assure auprès de ses clients (caisses prestataires du régime général, CADES, FSV, ...) la redistribution des recettes destinées au financement des prestations de Sécurité sociale.

Pour gérer de façon efficace et réactive l'ensemble de ces ressources, l'ACOSS assure la gestion commune et centralisée de la trésorerie des quatre branches de la Sécurité sociale (maladie, accidents du travail, famille, vieillesse) tout en assurant un suivi individualisé de leurs prévisions de recettes, dépenses, soldes et réalisations comptables. Elle ne gère directement aucun compte, elle dispose d'un compte unique de disponibilités courantes ouvert à son nom à la Caisse des dépôts. Ce compte enregistre en recettes les encaissements de recouvrements et en dépenses les prestations réglées par les Caisses qui versent les diverses prestations du régime général.



II. Le financement des régimes non obligatoires

Les prestations supplémentaires sont financées par les contrats d'assurance des mutuelles, des entreprises à but non lucratif et des assurances privées. Le niveau des cotisations dépend de la nature et de l'étendue de la couverture.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES ACRONYMES

AAEXA	Assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso-ressources
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
ALF	Allocation de logement familiale
ALS	Allocation de logement sociale
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
APJE	Allocation pour jeune enfant
APL	Aide personnalisée au logement
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaires
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASF	Association pour la structure financière
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CANCAVA	Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
COREM	Complément retraite mutualiste
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREF	Complément d'épargne retraite de la fonction publique

CSG	Contribution sociale généralisée
CSSS	Contribution sociale de solidarité des sociétés
(ou C3S)	
DOM	Département d'Outre-Mer
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNAS	Fonds national d'action sociale
FNH	Fonds national de l'habitation
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
HAS	Haute autorité de santé
IJ	Indemnités journalières
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PARE	Plan d'aide au retour à l'emploi
PERCO	Plan d'épargne retraite collectif
PERP	Plan d'épargne retraite personnalisé
PREFON	Retraite complémentaire par capitalisation pour les agents de la fonction publique
RDS	Remboursement de la dette sociale
RMA	Revenu minimum d'activité
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSI	Régime social des travailleurs indépendants
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UNOAMC	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

**ANNEXE 2 : TABLEAU DE LA PROTECTION SOCIALE OBLIGATOIRE EN FRANCE
(PRESTATIONS DE BASE ET COMPLEMENTAIRES)**


COUVERTURE DE BASE OBLIGATOIRE							COUVERTURE OBLIGATOIRE COMPLEMENTAIRE		Assurés en 2002 (1.000)
Famille	Maladie/Maternité	Invalidité	Accidents du travail		Retraite	Retraite			
	Prestations en espèces	Décès	Prestations en nature	Prestations en nature	Prestations en espèces				
Salariés du secteur privé									
Salariés du secteur privé	Régime général						ARRCO/ AGIRC		21 278
	CNAF	CNAMTS					CNAVTS		
Militaires et Fonctionnaires									
Fonctionnaires	Régime général		Employeur		Employeur		Employeur		2 372
Militaires	CNAF	CNMSS	Régime général		Employeur				325
Employés d'Etat							FSPOEIE		73


Fonctionnaires (collectivités territoriales et hôpitaux publics)	CNAF	Régime général	Employeur/ATIACL	CNRACL	1573
Autres régimes spéciaux					
Mines	CNAF	CANSSM	ARRCO (Unirs)/ AGIRC		24
EDF		Régime général	Employeur	EGF	148
SNCF	CNAF	Régime SNCF	Employeur	SNCF (assurance vieillesse)	175
RATP (Régie autonome des transports Parisiens)		Régime RATP	Régime RATP	Régime RATP	40
Marins		ENIM			34
Clercs de notaires et salariés	CNAF	CRPCEN	Régime général	CRPCEN	37
Banque de France		Employeur	CCE-BDF	CRE-BDF	16
Les régimes des salariés protègent moins de 20 000 personnes. Par exemple : la Comédie française, le Parlement, la Chambre de commerce et d'industrie de Paris, SEITA (tabac), le Régime de retraite des fonctionnaires territoriaux en Alsace et Moselle. Total des dépenses : environ 0,46 Mds € (0,37 Mds € pour les régimes de retraite, 0,08 Mds € pour l'Assurance maladie)					
	CNAF	Les Régimes spéciaux			


Les travailleurs non salariés des professions non agricoles									
Commerçants et industriels	CANAM[5]		CANAM	ORGANIC		CANAM[5]	ORGANIC	ORGANIC[1]	607[2]
Artisans	CANAM[3]			CANCAVA		CANAM[3]	CANCAVA	CANCAVA	481 ²
Professions libérales	CNAF		CANAM	CNAVPL			CNAVPL	CNAVPL[4]	405 ²
Avocats				CNBF			CNBF	CNBF	32
Régime agricole : exploitants agricoles et salariés agricoles									
Exploitants	MSA		MSA				MSA	MSA (Projet pour janv. 2003)	720
salariés	MSA		MSA					ARRCO/AGIRC	656

[1] Optionnel, sauf pour le secteur du bâtiment et des travaux publics.
[2] Assurés sociaux à un régime de vieillesse. Pour l'assurance maladie ils cotisent tous à la CANAM (y compris les retraités) représentant un total de 1 675 000 cotisants.
[3] Depuis le 1^{er} juillet 1995, les artisans ont des droits ouverts pour les prestations en espèces (décret n° 95-6 mai 1995).
[4] Retraite complémentaire obligatoire, sauf pour les sages-femmes.
[5] Depuis le 1^{er} juillet 2000, les commerçants bénéficient des prestations en espèces (décret 2000-507 du 8 juin 2000).


Source: Cour des comptes, Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale, 2000.


 Prestations versées par le Régime général

 Prestations versées par les autres régimes

 Prestations familiales versées par le Régime général à un régime spécial en charge du reversement à ses cotisants

 Prestations versées par les mutuelles des fonctionnaires sous la responsabilité du Régime général.

 Prestations payées par l'employeur.

 Régimes complémentaires obligatoires de vieillesse

Les blancs indiquent l'absence de couverture obligatoire

ANNEXE 3 : LE RÉGIME GÉNÉRAL

LES COTISATIONS (EMPLOYEURS et SALARIÉS) TAUX APPLICABLES EN 2005

Cotisations sur la totalité de la rémunération*				
TOTAL	Prestations maladie, maternité, incapacité, décès		Prestations famille	Vieillesse
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
20,95 %	13,10 %	0,75 %	5,40 %	1,60 % + 0,10 %

Cotisation sur la rémunération limitée au plafond			
TOTAL	Régime de retraite de base		Allocation logement**
	Employeur	Employeur	Employeur
14,85 %	8,20 %	6,55 %	0,10 %

Sur 97% du salaire brut	
CSG	CRDS
Salarié	Salarié
7,5 % dont : 5,1 % déductible de l'impôt sur le revenu	0,50 %

Régime complémentaire de retraite (obligatoire) Jusqu'à 3 SSC (ARRCO) ou 8 SSC (AGIRC)			
	Total	Employeur	Salarié
ARRCO	7,5 %	4 %	3,5 %
AGIRC	20 %	12,5 %	7,5 %

Source : ACOSS (Voir: <http://www.urssaf.fr> : "Vos cotisations") et ARRCO-AGIRC.
Pour les taux applicables aux autres régimes, voir les différents sites Internet mentionnés dans le document.

* Les employeurs du secteur privé employant plus de 9 salariés payent un supplément de 0,4% pour les aides au logement (FNAL).

Les employeurs paient également une cotisation pour le financement des prestations accidents/maladies professionnelles. La cotisation varie selon la taille de l'entreprise, son histoire en termes de sécurité au travail.

** FNAL: Fonds National d'Aide au Logement

**ASSURANCE MALADIE
TAUX DE REMBOURSEMENT PAR CATEGORIE DE PRESTATION
(AU 1er JANVIER 2005)**

Bénéficiaires	Nature des prestations	Taux de prise en charge
Ensemble des assurés	I. Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux :	
	1) Ville.....	70 %
	2) Etablissements de santé	
	a) Malades hospitalisés.....	80 %
	b) Malades externes.....	70 %
	II. Honoraires des auxiliaires médicaux autres que les infirmiers (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures) :	
	1) Ville.....	60 %
	2) Etablissements de santé.....	80 %
	III. Frais d'hospitalisation (établissements publics et privés) :	80 %
	IV. Frais pharmaceutiques :	
	1) Spécialités irremplaçables.....	100 %
	2) Autres produits.....	65 %
	3) Médicaments pour traitement des affections sans gravité.....	35 %
	V. Analyses et examens de laboratoire :	
1) Ville.....	60 %	
2) Etablissements de santé.....	80 %	
VI. Frais de transport :		
1) Cas ordinaires.....	65 %	
2) Transfert nécessité par un traitement....	100 %	
VII. Frais de cure thermique :		
1) Hospitalisation justifiée médicalement...	80 %	
2) Cure thermique libre		
- honoraires (forfait de surveillance, pratiques complémentaires).....	70 %	
- frais d'hydrothérapie, frais d'hébergement, frais de transport (y		

	compris indemnités de repas et d'hôtel)..... VIII. Frais d'appareillage, de prothèses et d'orthopédie : - Gros appareillage.....	65 % 100 %
	X. Soins dentales	70 %
Assurés titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (Art. R. 322-3 du CSS)	I. Médicaments spécialisés Irremplaçables II. Autres médicaments spécialisés III. Médicaments spécialisés concernant des affections sans gravité IV. Médicaments non spécialisés V. Autres prestations (honoraires, examens de laboratoire, hospitalisation, cure thermale, sauf frais de transport)..... VI. Frais de transport (y compris indemnités de repas et d'hôtel).....	100 % 65 % 35 % 80 % 80 % 100%
Ressortissants du régime d'Alsace-Moselle (Art. D. 325-7 du CSS)	I. Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux II. Autres prestations (sauf frais de transport)..... III. Frais d'hospitalisation et de transport	90 % 90 % 100 %

Source : Les comptes de la Sécurité sociale, Rapport provisoire, juin 2005.

MONTANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE EN 2005
(en euros)

	Arrêt de travail de moins de 6 mois	Arrêt de travail de 6 mois ou plus
Indemnité journalière maladie (max.)	41,93	41,13
Indemnité journalière maladie (min.)	-	8,10
Indemnité journalière maladie majorée pour charge de famille (max.)	59,91	57,50
Indemnité journalière maladie majorée pour charge de famille (min.)	-	10,80

	Minimum
Indemnité journalière maternité Indemnité journalière versée pendant le congé paternité Indemnité journalière versée pendant le congé d'adoption	8,10

	Minimum (par mois)	Maximum (par mois)
Pension d'invalidité de 1 ^{ère} catégorie	246,35	754,80
Pension d'invalidité de 2 ^{ème} catégorie	246,35	1258,00
Majoration forfaitaire pour tierce personne	964,78	964,78
Pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie	246,35 + 964,78	1258,00 + 964,78

Source : <http://www.securite-sociale.fr/>

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

DEFINITION DES GROUPES ISO-RESSOURCES DE LA GRILLE AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectu es ou non par la personne :

- Le premier (Gir 1) comprend les personnes confin es au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le Gir 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confin es au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement alt er es et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont alt er es mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
- Le Gir 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le Gir 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois lev es, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aid es pour la toilette et l'habillement.
- Le Gir 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le Gir 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie.

**MONTANT MENSUEL DE L'APA SELON LE DEGRE DE DEPENDANCE
(AU 31 DECEMBRE 2004)**

A - Montant mensuel à domicile					
	Montant moyen (euros)	Montant à la charge des conseils généraux (euros)	Participation financière à la charge de la personne âgée (euros)	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)	Participation financière des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur (euros)
Gir 1	887	770	117	57	204
Gir 2	725	621	104	63	164
Gir 3	555	482	73	62	118
Gir 4	348	306	42	62	68
Ensemble	488	424	64	64	102
B - Montant mensuel en EHPA*					
	Ensemble	Part conseil général	Part bénéficiaire**		
Gir 1 et 2	471	342	129		
Gir 3 et 4	293	174	119		
Ensemble	406	281	125		
* La partie établissement ne concerne que les établissements hébergeant des personnes âgées ne faisant pas l'expérimentation de la dotation globale. ** Y compris tarif dépendance de l'établissement applicable au Gir 5 et 6. Champ : France entière.					

Source : DREES, Etudes et Résultats, n° 388, avril 2005.

**MONTANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES PAR TYPE DE PRESTATIONS
(VALABLES JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2005)**

Prestations	Métropole		DOM (sauf fonctionnaires)	
	% de la BMAF	Montant mensuel en €	% de la BMAF	Montant mensuel en €
1-Allocations familiales (AF)				
. 1 enfant	-	-	5,85	21,14
. 2 enfants	31,84	115,07	31,84	115,07
. 3 enfants	72,64	262,48	72,64	262,48
. Par enfant à partir du 4 ^{ème}	40,80	147,42	40,80	147,42
Majorations pour âge				
. 11 à 16 ans (1 enfant à charge)	-	-	3,67	13,27
. + de 16 ans (1 enfant à charge)	-	-	5,64	20,39
. 11 à 16 ans (2 à charge ou plus)	8,96	32,37	8,96	32,37
. + de 16 ans (2 à charge ou plus)	15,92	57,53	15,92	57,53
2 - Allocation pour jeune enfant (APJE)	45,72	165,22	45,72	165,22
3 - Complément familial (CF)	41,44	149,76	23,67	85,54
4-Allocation de soutien familial (ASF)				
. Taux plein	29,85	107,87	29,85	107,87
. Partiel (privé d'un seul parent)	22,39	80,91	22,39	80,91
5 - Allocation d'adoption	45,72	165,22	45,72	165,22
6-Allocation d'éducation spéciale (AES)				
. De base	32,00	115,64	32,00	115,64
. Complément de 1 ^{ère} catégorie	24,00	86,73	24,00	86,73
. Complément de 2 ^{ème} catégorie	65,00	234,89	65,00	234,89
. Complément de 3 ^{ème} catégorie	92,00	332,46	92,00	332,46

. Complément de 4 ^{ème} catégorie	142,57	515,21	142,57	515,21
. Complément de 5 ^{ème} catégorie	182,21	658,45	182,21	658,45
. Complément de 6 ^{ème} catégorie	266,98	964,79	266,98	964,79
7 - Allocation de parent isolé (API)				
. Adulte	150,00	542,06	131,20	474,12
. Par enfant	50,00	180,69	43,71	157,95
Forfait logement				
. Femme enceinte	13,68	49,44	11,93	43,11
. Un enfant	27,35	98,83	23,92	86,44
. Deux enfants ou plus	33,85	122,32	29,58	106,89
8 - Allocation parentale d'éducation (APE)				
. Plein taux	141,86	512,64	141,86	512,64
. Taux partiel (activité au plus égale à 50 %)	93,798	338,96	93,798	338,96
. Taux partiel (activité supérieure à 50 % et au plus inférieure à 80 %)	70,935	256,34	70,935	256,34
9 - Allocation de rentrée scolaire (ARS) par enfant - rentrée 2003/2004	71,29	257,61	71,29	257,61
10 - Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)		Trimestrielle		Trimestrielle
. 0-3 ans (dans la limite de 50 % des cotisations)	296,10	1070,00	296,10	1070,00
. Si ressources <35335€ (dans la limite de 75% des cotisations)	443,87	1604,00	443,87	1604,00
. 3-6 ans (dans la limite de 75 % des cotisations)	148,05	535,00	148,05	535,00

11 - Allocation de présence parentale (APP)				
couples				
. Plein taux	232,84	841,42	232,84	841,42
. Activité au plus égale à 50 %	116,43	420,74	116,43	420,74
. Activité supérieure à 50 % et au plus égale à 80 %	70,93	256,33	70,93	256,33
personnes seules				
. Plein taux	276,50	999,19	276,50	999,19
. Activité au plus égale à 50 %	145,53	525,90	145,53	525,90
. Activité supérieure à 50 % et au plus égale à 80 %	93,80	338,97	93,80	338,97
12 - Majoration d'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)				
* revenus nets imposables inférieurs ou égaux à 80 % du plafond de ressources ARS				
. Jusqu'à 3 ans	58,44	211,17	58,44	211,17
. De 3 à 6 ans	29,23	105,61	29,23	105,61
* revenus nets imposables supérieurs à 80 % et au plus égaux à 110 % du plafond de ressources ARS				
. Jusqu'à 3 ans	46,21	166,99	46,21	166,99
. De 3 à 6 ans	23,10	83,49	23,10	83,49
* revenus nets imposables supérieurs à 110 % du plafond de ressources ARS				
. Jusqu'à 3 ans	38,29	138,36	38,29	138,36
. De 3 à 6 ans	19,14	69,18	19,14	69,18

13 - La PAJE (Prestation d'accueil du jeune enfant) remplace pour les enfants nés après le 1er janvier 2004 l'APJE, l'AGED, l'AFEMA et l'APE				
. Prime de naissance	228,60	826,09	228,60	826,09
. Allocation de base	45,72	165,22	45,72	165,22

Source : Les comptes de la Sécurité sociale, Rapport provisoire, juin 2005.

ANNEXE 4 : LE "PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE"

LES PRINCIPES DU PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE

En 1945, les cotisations aux différentes branches du Régime général étaient perçues sur une partie du salaire sous un certain plafond. Cette limitation s'appliquait à l'origine à toutes les cotisations, ce qui a eu pour effet de créer une pression proportionnellement plus forte sur les bas salaires. Le plafond a été progressivement abandonné (entre 1967 et 1984 pour les cotisations de l'assurance maladie et en deux étapes après 1989 pour les cotisations de la branche Famille).

Cependant, ce plafond s'applique encore aujourd'hui, uniquement sur les cotisations de la Branche vieillesse du Régime général. La cause en est qu'au-dessus de ce plafond, les cotisations sont dues aux régimes complémentaires obligatoires (jusqu'à 3 fois le plafond pour les salariés, jusqu'à 8 fois pour les cadres et assimilés). Le même plafond (ou un multiple de celui-ci) est utilisé de la même façon pour les différents régimes qui ne font pas partie du Régime général, afin de limiter la partie des gains soumise à cotisations.

La prise en compte du plafond (ou une partie) est également utilisée dans certaines catégories de dispositifs, par exemple pour calculer le montant maximum de certaines prestations (par exemple : l'allocation journalière de congé maternel, les indemnités journalières d'arrêt maladie, etc.).

Le plafond de la Sécurité sociale applicable au 1^{er} janvier 2005¹⁴⁶ s'élevait à :

- 30 192 € par année
- 7 548 € par trimestre
- 2 516 € par mois
- 1 258 € par quinzaine
- 116 € par jour
- 15 € par heure (pour une durée de travail inférieure à 5 heures par jour)

La Section L. 241-3 du code de la Sécurité sociale stipule que le plafond est régulièrement fixé par décret.

¹⁴⁶ Voir décret n° 2004-1292 du 26 novembre 2004.

