

# La sécurité sociale

## Introduction : la notion de risque

### Vocabulaire

**Sécurité sociale** : système de protection sociale contre les risques santé, famille et vieillesse, financé par des cotisations sociales, et qui accorde des prestations en nature ou en espèces.

**Assuré social** : personne affiliée à la Sécurité sociale.

**Ayant droit** : bénéficiaire de prestations en nature, en raison de ses liens avec l'assuré.

**Cotisations sociales** : versements assis sur les salaires et effectués par les assurés et leurs employeurs pour financer la Sécurité sociale. Prestations en espèces : revenu de substitution versé à l'assuré en cas d'arrêt de travail, temporaire ou définitif, sous formes d'indemnités journalières, de pensions de retraite...

**Prestations en nature** : remboursement d'une part des dépenses médicales engagées par l'assuré.

**Ticket modérateur** : part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après remboursement par la Sécurité sociale.

La notion de risque est vaste et diversifiée. On parle de risques :

- matériels : accident, vol, incendie ;
- physiques : santé ;
- économiques : chômage ;
- familiaux : naissance, éducation.

On se prémunit contre les risques par l'assurance, la mutualité et l'assistance.

La **protection sociale** recouvre l'ensemble des systèmes qui ont pour finalité de protéger les individus contre des "*risques sociaux*" : maladie, invalidité, maternité, vieillesse, chômage, coût des enfants, exclusion...

Le "*modèle social français*" se caractérise par son haut niveau de protection sociale. Le budget social est financé d'une part par le biais de cotisations, et d'autre part, par des impôts et taxes affectés.

Les organismes sociaux qui concourent à la protection sociale sont nombreux et de statuts divers : Sécurité sociale, institutions de protection complémentaire ou d'assurance chômage, services de l'État et des collectivités versant les minima sociaux, aide sociale...

Dans une économie de plus en plus mondialisée, la question du coût de la protection sociale se pose avec d'autant plus d'acuité que se précisent les menaces qui pèsent sur elle : accumulation de déficits structurels, détérioration du rapport actifs/inactifs, croissance non maîtrisée des dépenses de santé, existence d'un pourcentage probablement incompressible de chômage structurel...

---

## L'assurance

*"C'est une réunion de personnes qui craignant l'arrivée d'un événement dommageable pour elles, se cotisent pour permettre à ceux qui sont frappés par cet événement de faire face à ses conséquences"*

### Les grands principes de l'assurance

Certaines assurances sont gérées par répartition, d'autres par capitalisation :

- par répartition : l'ensemble des membres s'acquitte des primes ou des cotisations qui seront ensuite reversées aux assurés sinistrés. On peut très bien cotiser toute une vie sans jamais bénéficier de prestations. On peut mentionner les assurances privées (automobile) et les assurances sociales (maladie, maternité, vieillesse, chômage...).
- par capitalisation : elles sont souscrites à long terme et comportent un aspect "épargne". C'est le cas par exemple de l'assurance vie.

## Les mutualités

Il s'agit de groupements de droit privé à but non lucratif et régis par le code de la mutualité. Elles assurent les risques sociaux liés à la personne en complément de la couverture de la Sécurité sociale. Les mutuelles offrent différents services à leurs adhérents (cliniques, maisons de retraite...).

## L'assistance

Elle peut être privée ou publique, et s'adresse aux personnes les plus démunies. Publique, elle est financée par les impôts. Le RSA, la CMU renvoient à l'assistance.

## La notion de risque social

Il s'agit d'un risque (événement dont la survenance est incertaine, susceptible de causer un dommage aux personnes) social (partagé par un ensemble d'individus) qui va porter atteinte à la sécurité financière des personnes, soit en diminuant leurs revenus (maladie, chômage, vieillesse...), soit en entraînant des dépenses supplémentaires (santé, charges familiales).

Les risques sociaux peuvent être d'origine professionnelle (accidents du travail...) ou non professionnelle (maladie, maternité, vieillesse).

Il est également possible d'élargir la notion de risque social à l'intégralité des risques pris en charge par les politiques d'aide sociale (pauvreté, perte du logement).

La protection sociale assure le versement de prestations destinées à compenser les dépenses (honoraires médicaux...) ou la baisse de revenus (allocations chômage...) générées à la suite de la survenance des risques sociaux.

Notre système de protection sociale est basé sur deux formes de prise en charge :

- le système d'assurance sociale qui est composé des organismes de Sécurité sociale et des organismes d'assurance complémentaire.
- Le système de solidarité, donc d'assistance à des personnes dans le besoin.

## Historique

Pendant longtemps, c'est l'Église qui s'occupait des plus démunis. Saint Vincent de Paul (1581-1660) créa les hospices.

La constitution du 3 septembre 1791 fait allusion au problème social :

*"il sera créé un établissement général de secours publics pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer".*

Le préambule de la constitution du 4 novembre 1848 indique :

*"La République... doit assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant du travail dans la limite de ses ressources, soit en donnant, à défaut de la famille, des secours à ceux qui sont hors d'état de travailler."*

La constitution du 27 octobre 1946 indique :

*"La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence."*

L'ordonnance du 4 octobre 1945 institue le régime général de la Sécurité sociale et en définit les objectifs de la manière suivante :

*"La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère."*

La Sécurité sociale poursuit un triple objectif :

- unité administrative ;
- universalité du système avec une extension de la couverture des risques au plus grand nombre ;
- uniformité des prestations.

## 1 Organisation générale

L'ordonnance du 4 octobre 1945 prônait un régime de Sécurité sociale unique protégeant les personnes quel que soit leur statut. Dans le même temps elle maintenait un régime pour le monde agricole et tous les régimes qui existaient avant guerre (artisans, commerçants...). La survie de ces derniers devait être provisoire. Chaque profession revendiquait à l'époque sa spécificité et ne souhaitait pas être englobée dans un régime unique.

Depuis quelques années, un mouvement de rapprochement des régimes avec le régime général voit le jour.

Lors de la création de la Sécurité sociale, il existait une caisse unique pour toutes les branches. Depuis 1967, on distingue :

- la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui gère les branches Maladie et Accidents du Travail/Maladies professionnelles ;
- la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)
- l'agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) créée pour coordonner les organismes de la branche Recouvrement et assurer la gestion centralisée et commune de la trésorerie du régime général.

Depuis le premier juillet 2010 les CRAM sont devenues des Carsat (caisse d'assurance retraite et santé au travail)- à l'exception de la CRAM Île-de-France.

Ce changement intervient à la suite de la création des agences régionales de santé (ARS) qui résulte de la loi du 21 juillet 2009, dite loi "*hôpital, patients, santé et territoires*"

## **A Le régime général**

Il regroupe environ 80 % de la population.

## **B Le régime du monde agricole**

Le régime de la mutualité sociale agricole couvre les salariés agricoles et les exploitants agricoles. Les cotisations sont identiques à celles applicables aux salariés du régime général.

## **C Le régime des travailleurs non salariés non agricoles (dit régime des " non-non"**

Il regroupe les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

En 2006, le régime social des indépendants (RSI) a été créé. Il s'agit du résultat de la fusion du réseau de l'assurance vieillesse des artisans (AVA), de réseau ORGANIC (retraite des commerçants) et des caisses d'assurance maladie des indépendants.

## **D Les régimes spéciaux**

Ils regroupent la SNCF, la RATP, la marine, la banque de France, l'Assemblée nationale, le Sénat, les fonctionnaires de l'État et des collectivités publiques. . . Ils regroupent près de 5 millions de personnes.

On compte encore 120 régimes spéciaux de retraite qui se distinguent essentiellement pour l'âge du départ à la retraite.

## **2 Financement**

Le régime général est pour l'essentiel alimenté de cotisations sociales prélevées sur le salaire. Mais le déficit a conduit à recourir à d'autres sources de financement (taxes diverses, contributions sociales. . .).

Le réseau de recouvrement relève de l'ACOSS et repose localement sur les URS-SAF (union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales).

## A Assujettissement et immatriculation

Sont obligatoirement assujettis aux assurances sociales tous les salariés quels que soient le montant de leur salaire, la nature de leur contrat.

Chaque personne se voit attribuer un numéro d'immatriculation, dit "*numéro de Sécurité sociale*", encore appelé "*code INSEE*" ou "*numéro d'inscription au répertoire*" (NIR).

Exemple : 1 65 02 16 11 045 35

1 = sexe

65 = année de naissance

02 = mois de naissance

16 = département de naissance

11 = commune de naissance

045 = numéro d'ordre dans le registre des naissances

35 = clé informatique.

On parle traditionnellement d'assuré social dans la branche Maladie ; d'allocataire dans la branche Famille ; de pensionné dans la branche Vieillesse ; de cotisant dans la branche Recouvrement.

## B Cotisations

L'employeur et le salarié cotisent. L'assiette des cotisations est composée de l'ensemble des sommes versées aux travailleurs en contrepartie d'un travail. La plupart des cotisations sont prélevées sur la totalité des revenus. Les cotisations sont payées directement par les entreprises.

La contribution sociale généralisée (CSG) est un impôt, prélevé à la source sur la plupart des revenus. Son taux varie selon le type de revenu (travail ou capital) et la situation de l'intéressé (salaire, arrêt maladie).

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est une contribution créée dans le but de résorber l'endettement de la Sécurité sociale. Elle concerne les revenus d'activité et de remplacement.

D'autres prélèvements sont affectés au financement de la Sécurité sociale. Il s'agit en particulier des taxes sur les boissons alcooliques, des contributions et taxes à la charge de l'industrie pharmaceutique, d'une partie du produit des droits de consommation sur le tabac.

Le déficit du régime général est élevé. La branche Maladie est très déficitaire. Les causes du déficit sont multiples. La principale tient au chômage qui entraîne une diminution des cotisations sociales. Le vieillissement de la population, les technologies plus performantes, mais aussi plus coûteuses expliquent une montée des dépenses.

## 3 Assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Ces assurances sont gérées par la CNAM qui s'occupe également des accidents du travail et des maladies professionnelles.

### A L'assurance maladie

Elle prend en charge les frais de santé occasionnés par une maladie ou un accident, contractée sans que l'exercice de la profession soit en cause.

Elle prend en charge :

- les frais de médecine générale et spéciale ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais pharmaceutiques et d'appareillage ;
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
- ...

En cas d'arrêt maladie, elle octroie des indemnités journalières à l'assuré (prestations en espèces). Depuis le 1/01/2012, l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention. Les éventuels dépassements par rapport à ces tarifs restent à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire.

Certains actes et traitements médicaux sont soumis à autorisation ("*entente*") préalable avant d'être pris en charge par l'assurance maladie. Il s'agit par exemple de certains traitements concernant :

- l'orthopédie dento-faciale ;
- la kinésithérapie.

Le parcours de soins coordonnés consiste pour chaque assuré à désigner un médecin auprès de la Sécurité sociale qui deviendra son "médecin traitant". Ce médecin doit être consulté prioritairement, sous peine de remboursement partiel de la consultation.

Le DMP (dossier médical personnel) permet de regrouper dans un dossier informatisé des informations sur les soins prodigués, provenant des professionnels et établissements de santé que le patient désigne et autorise. Tout bénéficiaire de l'assurance maladie qui en fait la demande peut disposer d'un DMP.

Ces mesures découlent de la loi DOUSTE-BLAZY du 13 août 2004.

Les affections de longue durée (ALD) peuvent donner lieu à une prise en charge à 100 %.

L'assurance maladie repose sur des principes généraux spécifiques :

- le libre choix du médecin par le patient ;
- le paiement à l'acte du médecin ;
- le caractère curatif de la médecine faisant passer au second plan la politique de prévention ;
- l'avance de frais par le patient : ce principe a pour but de faire réaliser aux assurés le montant des dépenses qu'ils engagent. Les bénéficiaires de la CMU n'ont pas à effectuer l'avance de frais, il est coutume de dire qu'ils bénéficient du "*Tiers-payant*", souvent pratiqué par les pharmaciens.

Les dépenses de soins ne sont pas totalement remboursées.

Le prix des médicaments est fixé librement, s'il n'est pas remboursé. En cas de prise en charge par l'assurance maladie, le prix est réglementé. Plus un médicament est considéré comme efficace et indispensable, plus il est remboursé. Certains sont remboursés à 100 %, d'autres à vignette blanche à 65 %, d'autres à vignette bleue à 30 %, à vignette orange à 15 %. Les médicaments à vignette blanche barrée, en général prescrits pour les maladies graves sont reconnus comme irremplaçables et remboursés à 100 %, d'autres ne sont absolument pas remboursés. Les honoraires des praticiens sont remboursés à 70 %, des auxiliaires médicaux à 60 %.

Les frais d'hospitalisation sont remboursés à 80 % sur les actes inférieurs à 120 € (2011), au-delà le patient s'acquitte d'une participation forfaitaire de 18 euros.

Afin de renflouer le déficit de l'assurance maladie, la loi du 13 août 2004 a mis à la charge de l'assuré une participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation (avec un plafond de 50 €), une franchise médicale de 0,50 € sur les boîtes de médicaments... Mentionnons également le forfait hospitalier.

En cas d'arrêt maladie, l'assuré doit faire parvenir à la caisse dans les 48 h les volets 1 et 2 de l'arrêt de travail (le volet 3 est adressé à l'employeur). Il existe un délai de carence de 3 jours dont l'objectif est de lutter contre l'absentéisme injustifié. La prestation fixée à 50 % du salaire journalier est portée à 66,6 % à partir du 31 jour lorsque l'assuré a au moins 3 enfants à charge. La loi du 19 janvier 1978, dite "*loi de mensualisation*" impose à l'employeur de garantir un complément de salaire aux salariés ayant au moins 3 ans d'ancienneté. L'employeur verse la différence entre les indemnités journalières de la S.S et 90 % du salaire brut à partir du onzième jour d'absence pendant les trente premiers jours et 66 % pendant les trente jours suivants.

## **B L'assurance maternité**

Elle permet un accompagnement, au niveau des prestations en nature/espèces. Pour bénéficier de ces prestations, l'assurée doit déclarer sa grossesse avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, attestée par le document médical constatant la passation du 1er examen prénatal et la date de celui-ci. Elle doit se soumettre aux différents examens médicaux obligatoires pendant et après la grossesse.

Les salariées bénéficient d'une autorisation d'absence sur leur temps de travail pour passer leurs examens prénataux, sans retenue de salaire.

Les prestations en nature sont les suivantes :

- remboursement à 100 % des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse ;
- droit à 8 séances de préparation à l'accouchement ;
- remboursement des frais d'accouchement et de séjour dans la limite de 12 jours...

Les prestations en espèces sont égales au salaire journalier de base des 3 mois précédant l'arrêt de travail.

Le congé maternité est en principe égal à 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement, 10 après la naissance de l'enfant).

Depuis le 1/01/2002 le salarié, père d'un enfant venant de naître peut bénéficier d'un congé indemnisé de paternité de 11 jours consécutifs. Les jours de congé paternité peuvent se cumuler avec le congé de naissance de 3 jours

## **C L'assurance invalidité**

La Sécurité sociale verse une pension d'invalidité à l'assuré victime d'une invalidité due à une maladie ou un accident non professionnel, et dont la capacité de gain est de ce fait, réduite des 2/3, en d'autres termes s'il ne dispose pas de la possibilité de travailler pour un salaire supérieur au tiers de ce qu'il touchait auparavant. Il existe 3 catégories de pension d'invalidité :

- première catégorie : 30 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années de la carrière pour les invalides capables de travailler ;
- deuxième catégorie : 50 % de ce salaire pour les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque ;

- troisième catégorie : 50 % de ce salaire plus une majoration de 40 % (appelée "*majoration pour tierce personne*") pour les invalides incapables de travailler et ayant besoin de l'aide d'une tierce personne en permanence pour les actes de la vie courante.
- L'allocation supplémentaire invalidité complète une pension d'invalidité si les ressources de l'assuré sont inférieures à un plafond.

## D L'assurance décès et veuvage

Le décès et le veuvage d'un assuré donnent lieu à un accompagnement financier qui permet de faire face aux dépenses immédiates dans certaines limites.

Le capital décès est une indemnité qui couvre partiellement les frais d'obsèques.

Le montant du capital décès est égal à trois mois de salaire.

L'assurance veuvage a pour objectif de garantir une allocation temporaire au conjoint survivant d'un assuré décédé. Le demandeur doit être âgé de moins de 55 ans, doit disposer de ressources inférieures à un certain plafond... L'allocation est supprimée à l'atteinte de l'âge d'ouverture du droit à pension de réversion.

## 4 Accidents du travail et maladies professionnelles

Les maladies professionnelles (MP), avec l'amiante notamment sont désormais médiatisées. Les accidents du travail (AT) bénéficient d'une visibilité moindre. Le harcèlement moral fait partie des risques professionnels. Il y a moins d'accidents du travail qu'auparavant. Par contre, le nombre de maladies professionnelles reconnues est en croissance, du fait notamment de l'élargissement du champ des maladies reconnues.

Plusieurs critères doivent être réunis pour permettre la qualification d'accident du travail :

- le caractère soudain de l'événement. Au contraire, la maladie apparaît de façon lente et progressive ;
- l'existence d'une lésion corporelle, apparente (plaie) ou non, quelle que soit sa nature (physique ou psychique) et son importance ;
- le caractère professionnel, c'est-à-dire la survenance par le fait ou à l'occasion du travail.

La loi a prévu l'indemnisation du chômage résultant de l'accident du travail, de l'accident de trajet, de la maladie professionnelle.

Le trajet travail-domicile doit être le plus simple et le plus court. La jurisprudence tolère un arrêt ou un détour justifié par une nécessité de la vie quotidienne (courses, crèche...).

Au contraire de l'accident du travail et de l'accident de trajet, il n'existe pas de définition légale générale de la maladie professionnelle. Une maladie professionnelle est une maladie présumée d'origine professionnelle, lorsqu'elle est inscrite sur une liste présentée sous forme de tableaux portant indication :

- d'une part des affections considérées comme professionnelles ;
- d'autre part, des travaux susceptibles de les provoquer et de la durée d'incubation.

Ainsi, une affection ne sera prise en charge que si 3 conditions cumulatives sont réunies :

- la maladie doit être inscrite sur un des tableaux ;



- l'intéressé doit avoir été exposé au risque, la preuve de cette exposition lui incombant ;
- la maladie doit avoir été constatée médicalement dans un certain délai prévu par les tableaux.

La victime d'un accident du travail doit en informer son employeur dans les 24 heures. Ce dernier doit établir une déclaration d'accident du travail et doit l'adresser à la CPAM de la victime dans les 48 heures. L'assuré bénéficie d'une prise en charge intégrale des soins sans avance de frais.

Les indemnités journalières sont versées sans délai de carence. Elles sont calculées à partir du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail. Leur montant évolue au cours de l'arrêt de travail :

- durant les 28 premiers jours, le montant est égal à 60 % du salaire journalier de base ;
- à partir du 29 jour, il est porté à 80 %. En cas de réduction définitive de la capacité de travail, la victime a droit :
- à un capital, lorsque le taux de cette incapacité permanente est inférieur à 10 % ;
- à une rente, lorsque ce taux est égal ou supérieur à 10

Par ailleurs, en cas de décès de l'assuré, les ayants droit perçoivent une rente.

## 5 L'assurance vieillesse

Voir la personne âgée.

Elle garantit une pension de retraite aux assurés et sous conditions une pension de réversion au conjoint de l'assuré décédé.

Le régime d'assurance vieillesse est un régime par répartition.

La réforme, dite "*loi Balladur*", du 22 juillet 1993 prévoyait une durée de cotisation allongée de 37,5 ans à 40 ans et un salaire moyen de référence servant de base pour le calcul de la retraite, calculé sur les 25 meilleures années et non plus les 10 meilleures.

La loi du 21 août 2003, dite loi "*Fillon*" allonge la durée de cotisations requise pour bénéficier d'une pension à taux plein pour arriver à 164 trimestres en 2012.

La retraite complémentaire est née progressivement.

Le 14 mars 1947, une convention nationale a créé la retraite complémentaire pour les cadres au travers de l'Agirc (association générale des institutions de retraite des cadres).

Le 8 décembre 1961, une autre convention nationale collective a généralisé et fédéré sous l'égide de l'Arrco (association des régimes de retraite complémentaire) la retraite complémentaire pour les non-cadres.

Le système français est composé de trois principaux éléments : les régimes de base légalement obligatoires, les régimes complémentaires légalement obligatoires et les dispositifs d'épargne retraite collective ou individuelle.

Le conjoint ou ex-conjoint d'un assuré décédé a droit à une pension de réversion si, à la date du décès, le défunt avait acquis des droits à pension de vieillesse. La condition d'âge est fixée à 55 ans. Le montant de la pension de réversion est égal à 54 % de la pension de retraite dont bénéficiait l'assuré décédé.

## 6 Les prestations familiales

Voir le chapitre sur le droit de la famille.

Elles sont attribuées à toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France de moins de 20 ans (ou 21 ans pour les allocations de logement à caractère familial et le complément familial).

Certaines sont universelles (allocations familiales), d'autres sous conditions de ressources (ARS, complément familial).

Elles comprennent :

- les allocations familiales ;
- la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- le complément familial ;
- l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ;
- l'allocation de logement à caractère familial (ALF)...