

---

# Systeme de protection sociale en France

---

STAFF du 26 janvier 2011

---

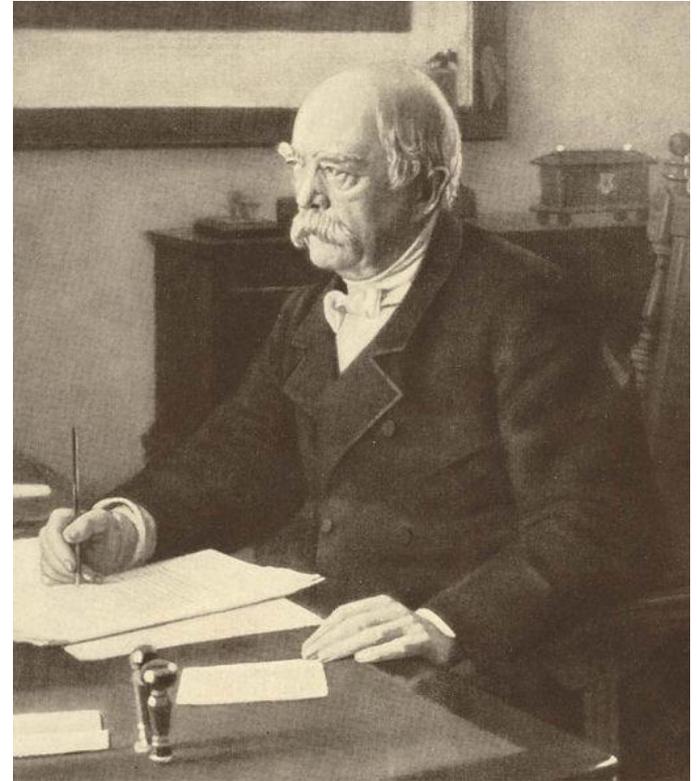
# Plan

1. Les deux conceptions historiques de la protection sociale
  2. La notion de protection sociale
  3. Histoire de la protection sociale en France
  4. L'architecture composite du système de protection sociale
  5. Les acteurs du système de la protection sociale en France
  6. Un système en évolution?
  7. Les enjeux du système de protection sociale français
-

# 1. Les deux conceptions historiques de la protection sociale

## 1.1 Le modèle « assurantiel » (Bismarck)

- Bismarck 1883
- Solidarité professionnelle
- Assurances sociales = obligatoire
- Protection sociale assise sur des cotisations
- Protection contre un risque spécifique



# 1. Les deux conceptions historiques de la protection sociale

## 1.2 Le modèle « assistanciel » (Beveridge)

- Beveridge 1942
- Solidarité nationale
- Protection sociale généralisée, unifiée, centralisée par l'État
- Couverture de tous les risques
- Protection sociale minimale
- Abri du besoin



# 1. Les deux conceptions historiques de la protection sociale

Beveridge	Bismarck
<p>La logique Beveridgienne est de fournir à tout individu, un droit à un minimum vital. Pour ce faire, on a recours à un financement par l'impôt et chacun bénéficie des mêmes prestations</p>	<p>La logique Bismarckienne est adossée au travail salarié. L'activité professionnelle fonde la protection sociale sur les solidarités professionnelles. Les prestations ne sont pas uniformes</p>
<p>Le modèle Beveridgien cherche à mettre l'homme à l'abri de la pauvreté et cherche à établir une justice sociale. C'est une solidarité de <u>type verticale</u>. On cherche à avoir une société plus égalitaire, plus solidaire.</p>	<p>Le modèle Bismarckien cherche à stabiliser les statuts sociaux. La solidarité est de <u>type horizontale</u>. L'objectif est d'assurer les salariés contre les risques sociaux par des revenus de remplacement afin de garantir un niveau de vie</p>

## 2. La notion de protection sociale

La France adhère à une partie de la conception Bismarckienne mais elle comporte toujours un volet « assistanciel ». Ainsi, la France a bâti son système en conjuguant assurance et assistance.



### Le principe d'assurance

- Solidarité professionnelle
- Travailleurs salariés
- Système contributif
- Effort de prévoyance
- Réalisation du risque
- Caractère obligatoire



### Le principe d'assistance

- Solidarité nationale
- Toute la population
- État de besoin
- Tous les risques sociaux
- Caractère subsidiaire

---

## 2. La notion de protection sociale

Très communément, l'on réduit la protection sociale à la seule Sécurité Sociale. Or, le champ de cette dernière quoique vaste, est moindre.

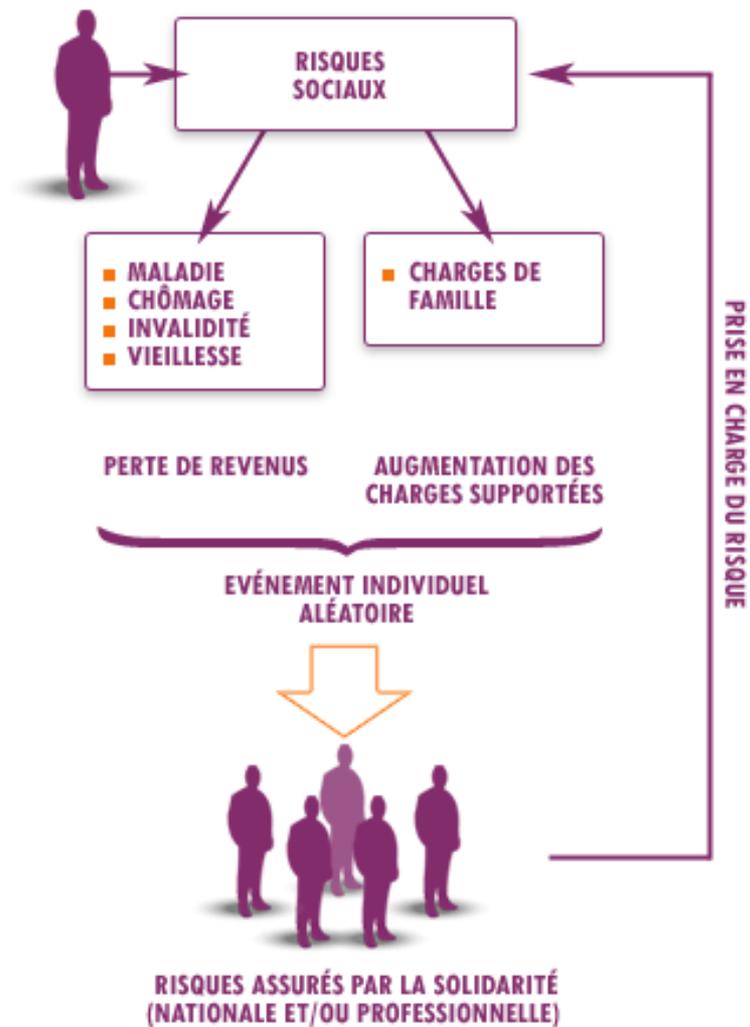
La protection sociale regroupe les **différents mécanismes** de prise en charge, mis en œuvre au **plan collectif et/ou individuel**, pour faire face aux conséquences des « **risques sociaux** ».

Les risques sociaux sont des situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc. )

La protection sociale repose sur différents principes :

- Le principe d'assurance
  - Le principe d'assistance
-

## Solidarité (nationale et/ou professionnelle) et risque social



# 3. Histoire de la protection sociale en France

## ■ 1830-1905 : Un système d'assistance publique et un système de libre prévoyance

- Reconnaissance des sociétés de secours mutuels (loi du 22 juin 1835 et loi du 1<sup>er</sup> avril 1898)
- Loi du 15 juillet 1893 institue une assistance médicale gratuite pour tout français malade et privé de ressources
- Loi du 27 juin 1904 crée le service départemental d'aide sociale à l'enfance
- Loi du 14 juillet 1905 crée un dispositif d'assistance aux personnes âgées infirmes et incurables

A partir du Moyen Âge, certaines corporations organisent une assistance, limitée entre professionnels qui y adhèrent. Le **décret d'Allarde** en 1791, met fin à ce premier dispositif d'entraide, professionnel et privé. Il sera néanmoins remplacé par les « **sociétés de secours mutuels** » qui seront par la suite encouragées. Les sociétés de secours mutuels sont les ancêtres des mutuelles, elles pouvaient dès lors proposer des prestations à tous, bien qu'elles restaient trop coûteuses pour la population.

En marge du mouvement mutuel, privé, libre et volontaire, le législateur a créé des dispositifs d'aide sociale, subjectif et personnels, qui tendent à créer un principe de **solidarité nationale**.

---

# 3. Histoire de la protection sociale en France

## ■ 1898-1939 : Un système d'assurances sociales

- Loi du 9 avril 1898 reconnaît la responsabilité sans faute de l'employeur qui peut s'assurer pour y faire face
- Loi du 5 avril 1910, institue un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie
- Loi du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 institue pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance pour les risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse et décès, la loi du 30 avril 1928, un régime spécial pour les agriculteurs
- Loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux

Les mutuelles, basées sur le volontariat, et l'aide sociale, droit d'appréciation subjective et spécialisée, n'ont bénéficié qu'à une frange limitée de la population. Aussi, dès le début du XXème siècle, apparaissent des **tentatives en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques sociaux**.

---

# 3. Histoire de la protection sociale en France

## ■ 1945-1946 : Mise en place d'une sécurité sociale

- L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses de substituant à de multiples organismes, l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée et ne l'est toujours pas
- L'ordonnance du 15 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.
- La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population
- La loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la sécurité sociale
- La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariés, non agricoles s'y opposeront

La Seconde Guerre mondiale a fait prendre conscience de l'importance d'une solidarité nationale. Pendant la guerre, à l'initiative du général de Gaulle, le Conseil national de la Résistance intègre à son programme « *un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* »

# 3. Histoire de la protection sociale en France

## ■ Depuis 1946 : la mise en œuvre de grands principes

- **Convention collective interprofessionnelle du 14 mars 1947 instituant le régime de retraite complémentaire des cadres**
- **Loi du 9 avril 1947 étendant la sécurité sociale aux fonctionnaires**
- Loi du 17 janvier 1948 instaurant trois régimes d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles (artisans, professions industrielles et commerciales, professions libérales)
- Loi du 12 avril 1949: création d'un régime d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles, géré par la mutualité sociale agricole (MSA)
- Loi du 25 janvier 1961: création d'un régime d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles, avec libre choix de l'assureur
- Loi du 12 juillet 1966 : création du régime autonome d'assurance maladie maternité pour les non-salariés non agricoles, géré par la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des non-salariés)
- Loi du 22 décembre 1966: création d'un régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur
- Loi du 25 octobre 1972: institutionnalisation de la protection sociale des salariés agricoles contre les accidents du travail
- **Loi du 4 juillet 1975: généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire**
- **Loi du 28 juillet 1999 : institution d'une couverture maladie universelle : protection de base sur le seul critère de résidence et protection complémentaire pour les plus démunis**

---

# Tableau récapitulatif

- [2006\\_tab+schema\\_modeles\\_ps.pdf](#)
-

---

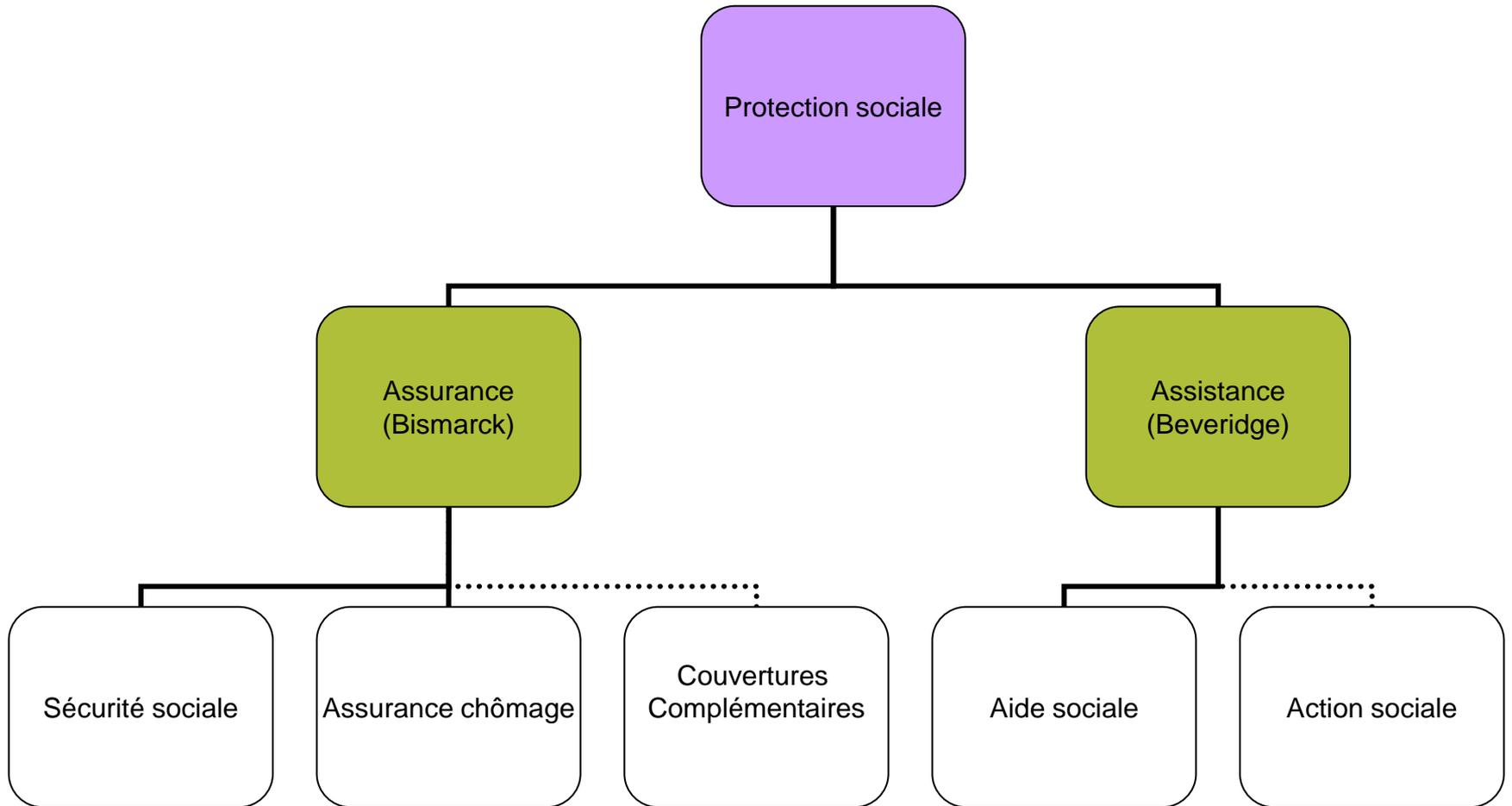
## 4. L'architecture composite du système français de protection sociale

Les relations entre assistance et assurance sociales varient dans le temps et dans l'espace.

En France, ces deux techniques de protection sociale ont été traditionnellement opposées, parce qu'elles étaient porteuses de projets différents mais elles sont aujourd'hui associées.

---

# 4.L'architecture composite du système de protection sociale en France



# 4. L'architecture composite du système français de protection sociale

## 4.1. Le volet assurance (I) : Différents niveaux de protection

### ■ Protection sociale de base à caractère obligatoire

Le niveau de couverture sociale est en premier lieu fonction des efforts consentis, dans le cadre collectif, au titre d'une protection sociale obligatoire.

Il s'agit d'un choix politique, de société rendant obligatoire l'assujettissement à un régime social. Cette protection sociale de base repose sur un système d'assurances sociales (SS)

### ■ Protection sociale complémentaire à caractère facultatif

Les régimes de protection sociale de base ne garantissent pratiquement jamais une prise en charge intégrale. Par conséquent, la question d'une protection sociale complémentaire se pose :

- Épargne
- Mutuelles
- Assurances sociales



# 4. L'architecture composite du système français de protection sociale

## 4.2. Le volet assurance (II) : La sécurité sociale

La notion de SS est intégrée dans celle de protection sociale. La SS est un ensemble d'institutions qui a pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements généralement qualifiés de risques sociaux. La notion de SS revêt deux aspects :

- **D'un point de vue fonctionnel** : la SS est destinée à assister financièrement ses bénéficiaires qui rencontrent différents événements coûteux de la vie. On distingue cinq risques qui forment quatre branches de la SS : Maladie, Accidents du travail – Maladies professionnelles, Famille, Vieillesse
- **D'un point de vue institutionnel** : La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est un établissement public composé d'organismes privés. La CNAMTS définit les orientations et pilote les organismes chargés de la politique décidée.



# 4. L'architecture composite du système français de protection sociale

## 4.2. Le volet assurance (III) : L'assurance chômage

Historiquement, **le risque perte d'emploi** n'a pas été appréhendé par les fondateurs de la SS. Il **ne relève donc pas au plan structurel de la SS**. Il a fallu attendre **1958** pour que les partenaires sociaux, à la demande du gouvernement de l'époque, créent conventionnellement un **régime d'assurance chômage**.

Le fonctionnement du service public de l'emploi est organisé avec l'ensemble des partenaires sociaux autour des deux structures : **l'Union Nationale interprofessionnelle pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (UNEDIC)** gérée par les partenaires sociaux qui continuent à administrer le régime d'assurance-chômage et fixer les modalités d'indemnisation **et un nouvel organisme « pôle emploi »** qui rassemble le réseau ASSEDIC et celui de l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE).

**Les prestations d'assurance chômage sont fonction, dans leur principe, dans leur montant et dans leur durée, de la durée d'assujettissement au régime et des cotisations versées.**



# 4. L'architecture composite du système français de protection sociale

## 4.2. Le volet assistance : aide et action sociales

Les mécanismes « assistanciers » mettent l'accent sur un **état de besoin** à un moment donné (pas de condition préalable de contributions antérieures). Ce sont dès lors des **prestations non contributives** qui sont servies, souvent dans le souci de **garantir des ressources minimales**.

En pratique, **l'aide sociale** amène des personnes publiques à répondre à une **situation de besoin**. L'aide sociale est une **réponse institutionnelle, une obligation** pour la collectivité, à une situation factuelle qui crée un **droit pour l'individu**.

En revanche, **l'action sociale** est **une faculté** pour une personne publique ou privée d'intervenir dans tel ou tel domaine afin de combler les éventuelles carences de l'aide sociale.



## Aide sociale

Décret du 29.11.1953 portant réforme de l'assistance obligatoire française.

L'aide sociale porte sur les **interventions d'assistance** qui sont **obligatoires**. Elle recouvre des prestations mises à la charge des collectivités territoriales par la loi, et qui sont destinées à recouvrer l'état de besoin.

L'aide sociale repose sur les **collectivités territoriales** qui ont une **compétence de principe** car l'État n'a qu'une compétence d'attribution

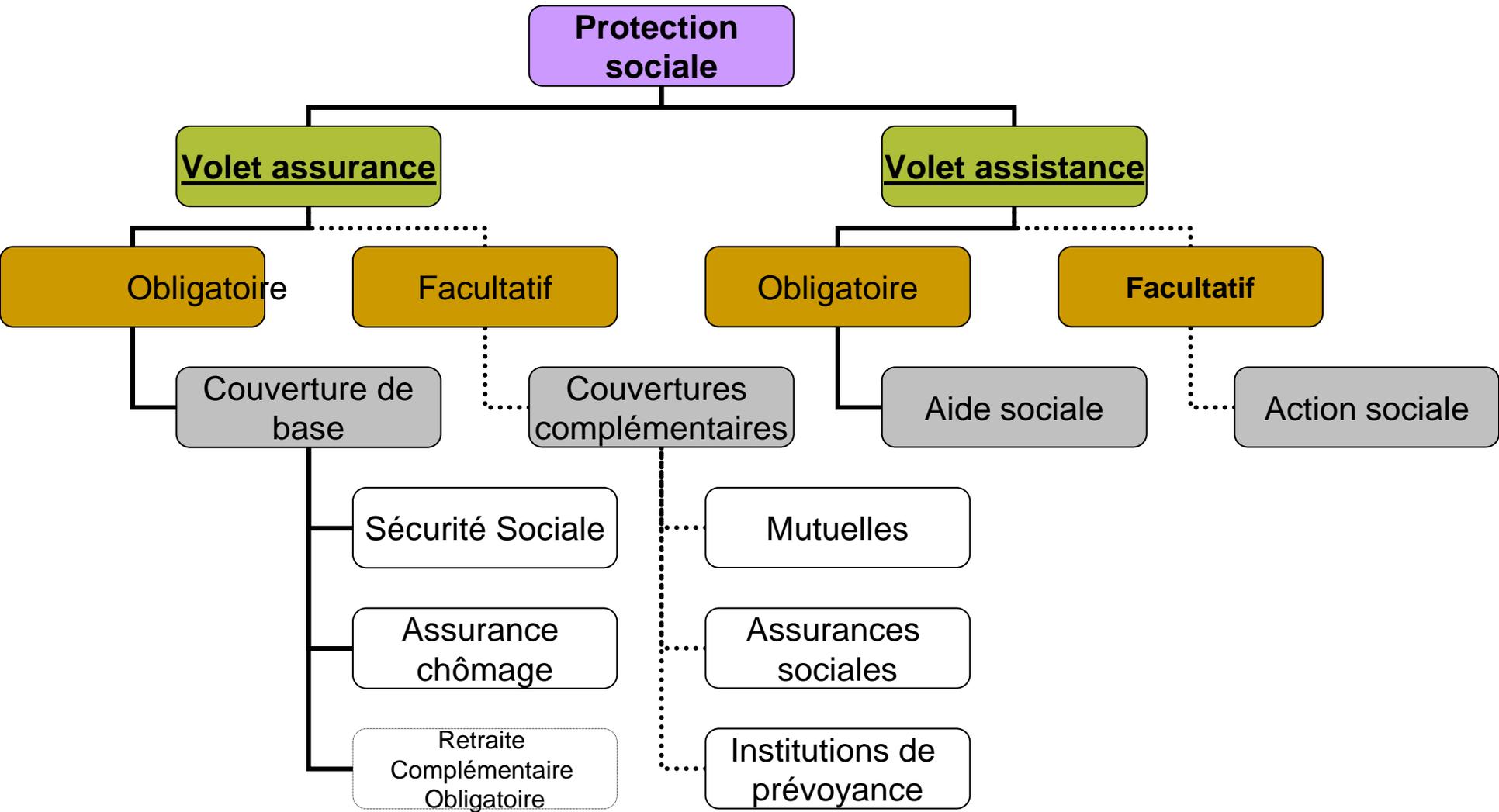
## Action sociale

Cette notion recouvre une diversité d'actions librement prises par des personnes publiques et des personnes privées. A la différence de l'aide sociale, elle ne crée pas de droit au profit des individus.

L'action sociale a pour objet de pallier aux carences des mécanismes légaux (sécurité sociale / aide sociale).



# Récapitulatif :



# 5. Les acteurs du système de protection sociale

## 5.1 Volet assurance : les acteurs publics (régime général de SS)

**L'État dispose de compétences normatives, c'est-à-dire qu'il dispose du pouvoir d'établir la norme et de déterminer : les personnes compétentes, les prestations, les conditions d'accès aux prestations, etc. En matière de SS, l'État est l'autorité de tutelle.**

- **L'UNCAM** (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) doit coordonner les caisses nationales dans le pilotage de l'AM et nouer un partenariat avec les PS et les organismes de protection sociale complémentaire
- **La CNAMTS** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) met en œuvre le parcours de soins coordonnés en plaçant le médecin traitant au cœur du système, veille à l'équilibre des dépenses avec les ressources publiques qui lui sont affectées. Elle est ainsi l'acteur central du système de soins dont elle assure la maîtrise médicalisée.
- **La CNAVTS** (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs salariés) centralise l'ensemble des ressources de l'assurance vieillesse, assure la gestion de l'assurance vieillesse et du veuvage
- **La CNAF** (Caisse Nationale d'Allocation Familiale) assure le financement de l'ensemble des régimes des prestations familiales
- **L'ACOSS** (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) a pour mission d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques relevant des trois caisses nationales



# 5. Les acteurs du système de protection sociale

## 5.1 Volet assurance : les acteurs privés

### ■ Couvertures de base de SS

- ❑ **CARSAT** (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé du Travail) exerce une mission de service public dans les domaines de la retraite, de la prévention tarification des risques professionnels, et de l'action sociale.
- ❑ **URCAM** (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) a vocation à élaborer une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des soins de ville, à coordonner l'activité de service de contrôle médical, ...
- ❑ **CPAM** (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) assure, au niveau de chaque département, la gestion de l'assurance maladie. Chaque Caisse primaire d'assurance maladie a ont trois missions principales : l'affiliation des assurés sociaux, le remboursement des prestations, des actions sanitaires et sociales préventive et curative
- ❑ **CAF** (Caisse d'Assurance Maladie) assurent le service de ces prestations (allocations familiales, aides à la famille, aides au logement, revenu de solidarité active, etc.).

### ■ Couverture « complémentaire »

- ❑ **UNOCAM** (Union nationale des organismes complémentaires à l'assurance maladie). Cette instance négocie avec l'assurance maladie et les professionnels de santé. Elle permet aux mutuelles d'être des acteurs à part entière du système de santé. Elle collabore avec l'Institut des données de santé pour la gestion du risque maladie
- ❑ **Les assurances privées** : Organismes à but lucratif
- ❑ **Les mutuelles** : Organismes à but non lucratif c'est-à-dire que les cotisations sont reversées et ne sont pas destinées à la rémunération de l'assureur.
- ❑ **Les institutions de prévoyance** : Organisme à but non lucratif



## Organisation du régime général de la Sécurité sociale

Maladie	AT-MP	Veillesse	Famille	Recouvrement
CNAM (caisse nationale d'assurance maladie)	CNAM	CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse)	CNAF (caisse nationale d'allocations familiales)	ACOSS (agence centrale des organismes de Sécurité sociale)
	CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) Prévention et tarification.	CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) Liquidation des pensions de retraite.		
CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) Prestations maladie, maternité, invalidité, décès.	CPAM Prestations AT-MP		CAF (caisse d'allocations familiales) Prestations familiales.	URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales)

# 5. Les acteurs du système de protection sociale

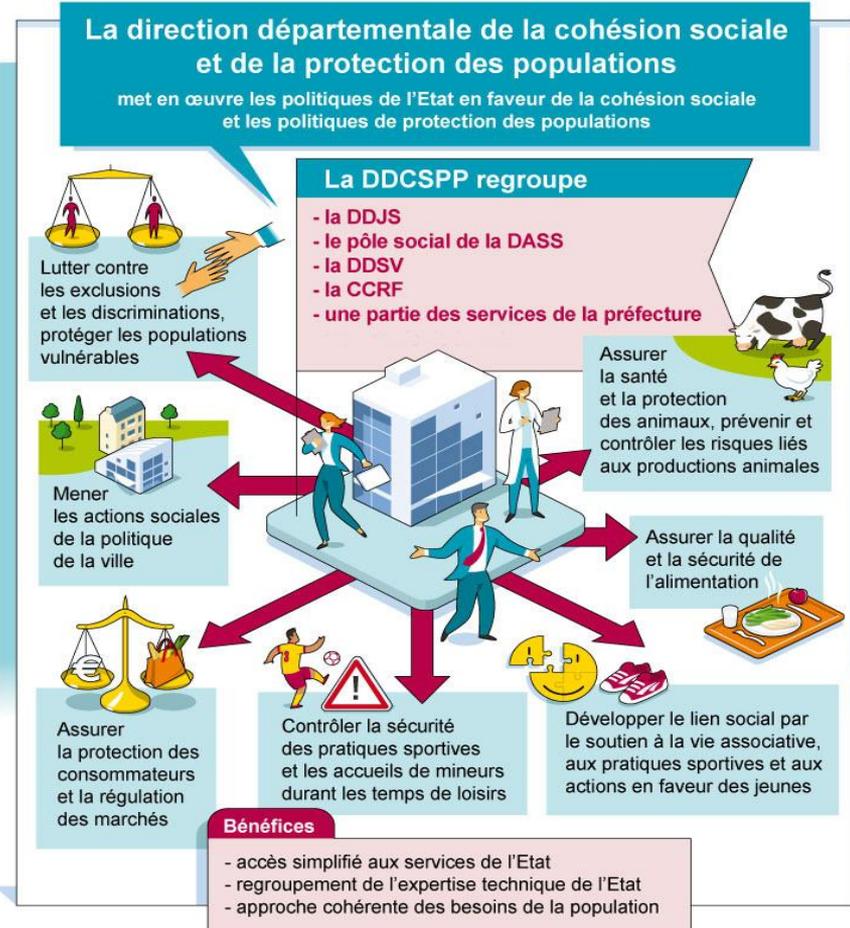
## 5.1 Volet assistance : les acteurs publics

**Contrairement à la SS, l'État ne dispose que d'une compétence d'attribution en matière d'aide sociale.**

- **L'État** dispose d'instruments d'action diversifiés tant au niveau national qu'au niveau déconcentré.
  - Au niveau national : les ministères et organismes sociaux
  - Au niveau déconcentré : les ARS se sont accaparés une partie des compétences des DDASS et des DRASS. Les compétences restantes étant confiées à la **Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale** et au niveau départemental, à la **Direction de la Cohésion sociale et de la protection des populations** (si la population est inférieure à 400 000 habitants) ou à une Direction spécialisée : la **Direction de la cohésion sociale**
- **Le département** détient **en matière d'action sociale** une **compétence normative**. Il est également compétent **en matière d'aide sociale** dès lors qu'elle n'est pas attribuée à l'État. Il est compétent en matière de PMI, aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées et insertion sociale (RSA)
- **La commune** est compétente en matière d'aide sociale mais elle joue un grand rôle en matière **d'action sociale (CCAS)**



# Les directions au niveau départemental



Si population < 400 000 hab



Si population > 400 000 hab



# 5. Les acteurs du système de protection sociale

## 5.1 Volet assistance : les acteurs privés

- **Les mutuelles** : ce sont des organismes à but non lucratif c'est-à-dire que les cotisations sont reversées et ne sont pas destinées à la rémunération de l'assureur. Elles peuvent faire de l'action sociale dès lors qu'elles couvrent le risque.
- **Les associations** : associations de défense des droits des personnes handicapées (association des paralysés de France par ex), associations du secteur social (secours catholique, armée du salut, ...) , associations dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé (Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé)



# 6. Le système en évolution?

*Des frontières brouillées entre assistance et assurance*

- La confusion est entretenue par les modalités de gestion de certaines prestations d'aide sociale qui sont confiées aux organismes en charge des assurances sociales alors que ce sont les collectivités publiques qui ont en principe compétence en matière d'aide sociale
    - Exemple de l'Allocation Adulte Handicapé
  
  - La pénétration du principe d'assistance au sein de la sécurité sociale ( Développement de prestations sous conditions de ressources)
    - Exemple de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
  
  - Développement de action sociale
-

---

# 6. Le système en évolution?

*Les effets de ce « brouillage de frontières »*

- Plus la place accordée à l'action sociale (facultative) est importante, plus les risques d'inégalités vont s'accroître en fonction des principes et des territoires
  - Le caractère complémentaire de l'action sociale s'estompe car l'assistance prend en charge un grand nombre de la population
  - Le principe de sécurité sociale est la gestion paritaire qui est sous la gestion unique de l'État, ce qui n'est pas le cas de l'aide et de l'action sociales qui sont sous la tutelle des collectivités territoriales
  - Les bénéficiaires n'ont pas la possibilité de sanctionner l'inertie ou de solliciter le législateur. Il s'agit de droit de créance (prestations)
-

# 7. Les enjeux financiers et démographiques du système de protection sociale français

## ➤ Les enjeux :

- La dette
- La démographie
- La dépense / La nature de la dépense

Ceux ne sont pas les dépenses de SS qui contribuent majoritairement à la dette de l'État. Même si biensûr, l'enjeu reste tout de même la maîtrise des dépenses de santé afin de maintenir un système de soins qui offre à tous la possibilité d'être soigné, suivi, de la même manière quelque soit les revenus.

Le budget de l'Etat	
363,7 milliards d'euros : dépenses 266,6 milliards d'euros : recettes 141 milliards d'euros : déficit budgétaire	
La sécurité sociale	Les collectivités territoriales
437 milliards d'euros : dépenses 431,4 milliards d'euros : recettes 5,6 milliards d'euros : déficit budgétaire	199,3 milliards d'euros : dépenses 194,7 milliards d'euros : recettes 4,6 milliards d'euros : déficit budgétaire
Dette de la France 2010	
Etat : 1574,6 milliards d'euros Organismes d'administrations centrales : 109,5 milliards d'euros Collectivités territoriales : 151,4 milliards d'euros Sécurité sociale : 78,3 milliards d'euros	

# 7. Enjeux financiers et démographiques du système de protection sociale français

## ■ Les outils de maîtrise de dépenses de santé

<b>Maîtrise de l'offre</b>	<b>Maîtrise de la dépense</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Régulation des prix de la santé (limitation des honoraires, des prix des médicaments, ...)</li><li>■ Limitation du nombre de fournisseurs de soins (thésaurus, nb de pharmacie, ...)</li><li>■ Meilleure organisation ( planification hospitalière, réseaux de soins, ...)</li><li>■ Maîtrise médicale via des conventions entre PS, CNAM</li><li>■ Développement des bonnes pratiques médicales</li><li>■ Politiques incitatives à la prescription de médicaments génériques</li><li>■ Objectifs définis par l'ONDAM</li><li>■ Rationalisation des dépenses (T2A)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Baisse / suppression du remboursement des médicaments à faible service rendu médical</li><li>■ Limitation des critères de reconnaissance des affections longues durée</li><li>■ Le reste à charge</li><li>■ Continuité des soins ( médecin référent, parcours de soins, dossier médical personnel, ...)</li></ul>

---

# Bibliographie indicative

- L'essentiel du droit des politiques sociales, E.AUBIN, Les carrés, 3<sup>e</sup>, 2008
  - Site web : [www.senat.fr](http://www.senat.fr)
  - Site web: [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
  - Site web: [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)
  - Cours dispensés en Master 2 Droit et Politiques Locales de Santé, Mme K.Michelet
  - Cours de Droit de la protection sociale  
Marion Del Sol et Sylvie Moisdon-Chataigner
-